

УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ – ШТИП
ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ



ОРГАНИЗАЦИЈА НА
ЗДРАВСТВЕНАТА СЛУЖБА

Проф. Д-р. Никола Камчев

Пом. асс. Марина Данилова

Содржина:

1. Планирање на развојот на здравствената заштита и здравствената дејност.....	2
2. Основни принципи на планирањето во областа на здравството.....	5
3. Видови на планови за здравствена заштита	7
4. Фази во процесот на планирање на здравствената заштита.....	10
5. Настанување на болеста и степени на превенција.....	21
6. Здравствени организации.....	31
7. Нивоа во системот на здравствената заштита.....	37
8. Здравствена и социјална заштита на одредени групи од населението	
Семејство.....	46
Здравствена заштита на жените.....	49
Здравствена и социјална заштита на децата и младината.....	51
Здравје на возрасни.....	58
Здравствена заштита на работници.....	60
Здравствена заштита на старите лица.....	64
Здравствена заштита на лицата со посебни потреби.....	67
9. Човечки ресурси во здравствената заштита и медицинска едукација..	71
10. Користена литература.....	85

ПЛАНИРАЊЕ НА РАЗВОЈОТ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА И ЗДРАВСТВЕНАТА ДЕЈНОСТ

Секое организирано општество има неопходна потреба од планирање на развојот на општеството во целина и неговите одделни области. Дел од севкупното општествено планирање е планирањето на здравствената заштита и здравствената дејност. Тоа претставува процес во кој се дефинираат здравствените проблеми во една заедница со посебно издвојување на приоритетните здравствени проблеми, се анализираат здравствените потреби на населението, се поставуваат приоритетни цели, се планираат средствата и методите за постигнување на тие цели и се преземаат соодветни мерки и активности согласно планските определби.

При планирањето на здравствената заштита се зема во предвид состојбата на развиеност и активност на здравствената служба како и низа еколошки и социјални фактори и однесувањето на луѓето, што се заедно дејствува врз здравјето на индивидуата и заедницата. Според Светската здравствена организација (СЗО) под програма за здравствена заштита се подразбира: „збир на интегрирани активности насочени кон остварување на една или повеќе цели во здравствената заштита“.

Интересот за планирање во областа на здравството нагло се зголемил по II светска војна. Во светот не постои ниту еден општо прифатен и универзално препорачан метод на планирање, дури и во иста земја постојат различни методи и модели на планирање. Каков метод на планирање ќе биде прифатен во една земја зависи од политичките, историско-културните, економските, демографските, епидемиолошките, научно-технолошките и други карактеристики на таа земја.

Во поранешна Југославија плановите за развој на републиките и покраините биле донесувани согласно сојузниот план за општествено-

економскиот развој, чиј составен дел бил и планот на општествено-политичките заедници, односно на државните органи. Во својот натамошен развој системот на планирањето се менувал во правец на децентрализација со јакнење на улогата на републиките/покраините и општините. Со осамостојувањето на Р.Македонија како суверена држава во 1991г. Се напушти дотогашниот крајно децентрализиран начин на планирање во здравството при што беше формиран единствен Фонд за здравствено осигурување во состав на Министерството за здравство на Р.Македонија.

Значењето на планирањето за развојот на здравствената заштита и здравствената дејност произлегува од самото значење на здравствената заштита за целокупното општество и неговиот развој. При проценката на тоа значење треба да се тргне од тоа дека здравствената заштита не е облик на општествена потрошувачка туку составен дел на вкупната општествена репродукција и фактор што значајно придонесува за стопанскиот и општиот општествен развој.

Една од функциите на здравствената заштита е економската која произлегува од тоа што здравјето и болеста битно влијаат на работната способност и степенот на продуктивност, на должината на работниот век, на висината и рационалноста на користењето на расположивите средства за здравствена заштита. Здравствената заштита покрај економската функција има и социјална и хумана функција во смисла на обезбедување подолг животен век и подобар квалитет на животот преку поздрав и поудобен живот ослободен од страдања и трагедии.

Вложувањето во здравствената заштита во прв ред зависат од материјалните можности на општеството, степенот на задоволеност на другите актуелни потреби на општеството и конечно од сфаќањето на значењето на здравствената заштита и нејзиниот придонес за вкупниот развој и просперитет на општествената заедница.

Специфичностите на планирањето на здравствената заштита произлегуваат од карактерот и општествената положба на здравствената заштита, што се огледа во следното:

- зголемен интерес на корисниците за начинот на остварување на здравствената заштита поради општото сфаќање дека животот и здравјето се најголеми човечки вредности;
- многу растегливи граници не постојат, во поглед на обемот, содржината и квалитетот на здравствената заштита. Тоа значи дека секогаш се може и тежнее кон повеќе, подобро и посовремено. Затоа е неопходно да постои усогласеност меѓу правата од здравствена заштита и условите под кои тие се остваруваат, односно меѓу потребите и можностите за нивно задоволување;
- здравствената заштита не е секогаш веродостојно предвидлива во сите свои облици и мерки. При епидемии, масовни несреќи, елементарни непогоди и сл., кои не можат да се предвидат и планираат, здравствената служба може да биде ставена пред зголемени побарувања за здравствена заштита;
- недостиг на потребниот обем и вид на статистички податоци за квалитетно планирање, засновано на научни основи поради недоволно развиен и ефикасен информативен систем.

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ НА ПЛАНИРАЊЕТО ВО ОБЛАСТА НА ЗДРАВСТВОТО

Следните принципи е потребно да се запазат при изготвувањето на план/програма за развој на здравствената заштита и здравствената дејност:

1. Принцип на единственост на здравствената заштита. Овој принцип подразбира неделивост на превентивната и куративната здравствена заштита, односно обезбедување на комплексна здравствена заштита, која вклучува мерки за унапредување и зачувување на здравјето, мерки за специфична заштита, рано откривање на заболувањата и ефикасно лекување, и рехабилитација на заболените и повредените.

2. Принцип на реалност подразбира изготвување на планот согласно постојните потреби за здравствена заштита и објективните можности за реализација на програмата. За да се задоволи овој принцип во програмирањето на здравствената заштита треба да се има реален увид во:

- здравствената состојба на населението и приоритетните здравствени проблеми.
- објективна оценка на можностите на здравствената служба што произлегува од бројот на здравствените кадри и нивната структура по профили и од техничките капацитети (градежни објекти, опрема, кревети и др.)
- материјално-финансиските можности за реализирање на програмата.

Со респектирање на принципот реалност, планот за развој на здравствената заштита и здравствената дејност треба да обезбеди:

- достапна, квалитетна и ефикасна здравствена заштита;
- оптимална поделба на работата во здравството;

- оптимален однос меѓу деловите и целината во здравствената дејност;
- отстранување на неизвесноста во поглед на финансирањето на програмираните здравствени услуги;
- постигнување на максимална општествена корист од спроведувањето на програмираните мерки и цели.

3. Принцип на сеопфатност подразбира планирање на мерки за здравствена заштита за севкупното население и одделните специфични групации на населението.

4. Принцип на усогласеност подразбира усогласување на планот за развој на здравствената заштита со планот за општествено-економскиот развој на заедницата и со плановите на други организации и заедници од заеднички интерес. Усогласувањето посебно се однесува на:

- ⇒ користење на постојните капацитети,
- ⇒ оптимално ангажирање на здравствените кадри,
- ⇒ меѓусебна поделба на работата,
- ⇒ инвестициите за медицинска опрема, и
- ⇒ инвестициите за проширување на материјалната основа.

5. Принцип на поделба на работата во здравствената дејност. Со почитување на овој принцип треба да се одбегне дуплирање во развојот на одделни капацитети и дејности, несинхронизираност меѓу примарната, специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита што може да резултира со непотребно повторување на дијагностичките постапки и поскапување на здравствената заштита.

6. Принцип на квантификација. Подразбира искажување на сите програмирани мерки по вид и по број.

7. Принцип на прегледност. Подразбира јасно искажување на програмираните мерки со утврдени просторни, временски и квантитативни димензии, т.е. каде, кога и во кој обем ќе се спроведуваат мерките за здравствена заштита на населението и кој тоа ќе го спроведува.

ВИДОВИ НА ПЛАНОВИ ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Според времето за кое се планира здравствената заштита разликуваме повеќе видови на планови, и тоа:

- ➔ Долгорочни или перспективни планови (за период од 10-20 год.), кои се идејни и стратешки за долгорочна преобразба при што ја дефинираат стратегијата и најважните правци на развој;
- ➔ Среднорочни планови (за 4-7 год.), кои попрецизно ги разработуваат општите цели истакнати за подолг временски период, претварајќи ги во акциони цели кои треба да бидат реализирани;
- ➔ Краткорочни планови (за 2-3 год.) се оперативни планови за акција во пократок временски период;
- ➔ Едногодишни оперативни планови или програми за работа, кои најконкретно го искажуваат видот и обемот на мерките и активностите што треба да бидат извршени во текот на годината, кои се извршителите и во кој временски период или динамика тоа ќе биде извршено, со кои средства, методологија на работа и.т.н.

Според територијата за која се планира постојат повеќе нивоа на планирање, и тоа:

- ⇒ национално ниво – се дефинира генералната здравствена политика и општата стратегија на развојот на здравствената заштита и здравствената служба, посебно развојот на оние здравствени организации кои служат за задоволување на потребите на целото население, се регулира начинот на спречување и сузбивање на епидемии, смалување на територијалните разлики во развиеноста на здравствената

дејност, остварувањето на здравствената заштита во вонредни околности, развојот на научно-истражувачка работа во областа на здравството, како и исполнувањето на меѓународните обврски во областа на здравствената заштита;

- ⇒ регионално ниво – се дефинира развојот на здравствената заштита и здравствената служба на ниво на регион, посебно на оние дејности и служби со регионално значење (специјализирана превентивна здравствена заштита што ја обезбедуваат заводите за здравствена заштита, стационарните капацитети, специјалистичките дејности, одделни специјализирани диспанзери како на пр. за ментално здравје, дијабетес, малигни неоплазми, спортска медицина);
- ⇒ на ниво на општина – се прави детален план за развој на примарната здравствена заштита и мрежата на здравствените организации, служби и единици, како и кадрите кои треба да работат во нив, на кое ниво, во наши услови, се предвидува да се задоволуваат 80-85 % од сите здравствени потреби односно побарувања на корисниците на здравствената заштита;
- ⇒ ниво на месна заедница и работна организација-претпријатие каде се планира задоволување на најнепосредните потреби за здравствена заштита на населението т.е. корисниците.
- ⇒ ниво на здравствена организација – се прави оперативен план или програма за работа, со сите мерки и активности што треба да бидат извршени во текот на годината согласно планските определби и цели, како и со расположивите просторни, кадровски и други ресурси и потенцијали.

Според содржината и целите програмата за здравствена заштита може да биде:

- ❖ општа програма во која се утврдуваат целите и мерките за севкупно подобрување на здравствената состојба на населението

во поширока или потесна заедница (пр. единица на локална самоуправа, општина и т.н.), и

- ❖ специфична програма во која се утврдуваат целите и мерките за подобрување на здравствената состојба на една групација од населението (деца, трудници, работници, стари лица) или ако содржи мерки со цел за контрола на една болест или групи заболувања (ТБЦ, кардиоваскуларни болести, малигни неоплазми и др.) или пак за решавање на некој здравствен проблем (морталитет на доенчиња, пушење, наркоманија, сообраќаен траматизам и сл.).

ФАЗИ ВО ПРОЦЕСОТ НА ПЛАНИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

1. Подготвителна фаза опфаќа дефинирање на подрачјето на кое се однесува планот, глобален преглед на материјалните средства, законската основа на планирањето и временскиот период на кој се однесува планирањето.

2. Анализа и проценка на здравствената состојба и здравствената заштита со цел за ретроспективно согледување на здравствената состојба и патологија на населението на територијата за која се врши планирањето, факторите што влијаат на здравјето на популацијата, и организационата поставеност, развиеноста и активноста на здравствената служба и финансирањето на здравствената заштита. Тоа значи дека треба да се изврши детална анализа на состојбата во поглед на движењето на заболувањата и другите показатели за здравствената состојба на населението, одделните групации на населението и одделните здравствени проблеми. Анализата би требало да опфати 5 или 10 годишен период наназад при што се проучуваат и други прашања и показатели кои директно или индиректно дејствуваат на состојбата и можат да придонесат за промени, како што се демографските движења, состојбите во животната средина, економските и социјалните услови на живот.

Преку ретроспективната анализа прво се согледуваат трендовите на заболувањата во изминатиот период од 5-10 години, а потоа се врши проекција за движењето во наредниот 5-10 годишен период со проценка за тоа каква би била состојбата доколку не би постоела програма, а потоа се проценува што може да се очекува ако програмата се донесе и реализира.

3. Дефинирање на приоритети и избор на алтернативни решенија согласно карактерот на проблемите, расположивите ресурси и времето за

решавање на проблемите. Во оваа фаза се одредуваат приоритетните проблеми, цели и мерки, и тоа посебно во однос на:

- ➔ здравствената состојба на населението
- ➔ состојбата во животната средина
- ➔ организацијата и активноста на здравствената служба, и
- ➔ Финансирањето на здравствената заштита.

Во услови на ограничени можности се врши селекција на проблемите по принцип на приоритети врз основа на одредени критериуми (медицински, општествени, економски и хумани). Често пати овие критериуми се здружени при одредувањето на приоритетноста на одделен здравствен проблем.

Позначајни критериуми за избор на приоритети се:

- ⇒ зачестеност на заболувањето
- ⇒ времетраење на заболувањето
- ⇒ тежина на заболувањето (последици, компликации и сл.)
- ⇒ леталитет или фаталност на заболувањето
- ⇒ трајна неспособност за работа (инвалидитет)
- ⇒ привремена неспособност за работа
- ⇒ материјални трошоци предизвикани од заболувањето (за дијагностика, лекување, рехабилитација и др.)
- ⇒ економска оправданост на вложувањата во решавањето на одреден здравствен проблем
- ⇒ можности за практично решавање на проблемот
- ⇒ број на луѓе што ќе имаат корист од решавањето на конкретен проблем
- ⇒ ефектите што ќе се постигнат со решавање на проблемот

4. Развој и донесување на планот за здравствена заштита подразбира дефинирање на целите во сите области на заштита, точна пресметка на материјално-финансиските средства што се на располагање за реализација на целите, дефинирање на обемот и видот на

активностите, средствата за работа, просторните капацитети и кадровските ресурси.

Во својата содржина планот треба да вклучува повеќе групи и видови мерки за решавање на приоритетните проблеми и за задоволување на основните здравствени потреби на населението, и тоа:

- ➔ Мерки за унапредување на здравјето (подобрување на водоснабдувањето, отстранувањето на отпадните материи, исхраната на населението, подигање на општиот стандард, образовното и културното ниво и сл.);
- ➔ Мерки за специфична заштита се насочени кон спречување и сузбивање на одделни болести (вакцинации, дезинфекција, дезинсекција, дератизација, јодирање на солта, витаминизирање на хранителни продукти и сл.);
- ➔ Мерки за рано откривање на болестите, систематска контрола на здравјето на посебно загрозени/вулнерабилни групации од населението и лицата кои со своето лошо здравје можат да го загорзат здравјето на другите лица (лицата што работат во производство на храна, просветните работници и др.);
- ➔ Мерки за унапредување на лекувањето и рехабилитацијата;
- ➔ Мерки за унапредување и развој на здравствената служба и мрежата на здравствените организации;
- ➔ Мерки за финансирање на извршувањето на планираните мерки и активности и остварувањето на поставените цели;

Секој план – програма за здравствена заштита треба да се формулира така што ќе ги содржи следните параметри кои можат квалитативно и квантитативно да се изразуваат:

✱ *Научна заснованост* значи користење научни сознанија и методи во утврдувањето на целите, планирањето на мерките, следењето и оценката на резултатите. Пример, научно заснована ќе биде една програма за превенција и контрола на исхемичните болести на срцето ако тргнува од научно докажани факти дека овие болести можат да се

превенираат со редукција на познатите ризични фактори, ако главните активности се во рамките на примарната здравствена заштита и ако е овозможена компарација со резултатите од слични програми.

✱ *Сигурност – безбедност* подразбира примена на одредени методи, дијагностички и тераписки процедури, кои даваат најдобри резултати, а при тоа даваат најмалку споредни, штетни и несакани ефекти и во најмала мерка го загрозуваат здравјето и животот на населението. Ово е посебно значајно за програми во кои е предвидено масовно користење на превентивно-профилактични средства (вакцини, хемиопрофилакса). Параметарот сигурност има значајна улога при изработка на програми кои предвидуваат масовна радиофотографија. Од тој аспект, на подрачја со ниска инциденца на туберкулоза, посигурна е програма која вклучува активно истражување на заболениите од туберкулоза отколку масовен опфат на населението со радиофотографирање.

✱ *Ефикасност* е однос меѓу добиениот ефект и преземените мерки во правец на остварување на поставените цели, пр. колку е опаднат бројот на заболувањата од некоја заразна болест по спроведена имунизација. Во поширока смисла, класичен пример за илустрација на овој параметар се превенцијата и лекувањето на болестите, што е посебно изразено кај заразните болести, но и кај современите масовни незаразни болести кај кои исто така се искажува предност на примената на превентивни мерки за нивното спречување.

✱ *Квалитет на услугите* го изразува односот на планираните и извршените процедури во однос на утврдените стандарди. Доколку не се утврдени стандардизирани методи кај сите процедури при донесувањето на програмата, тоа подоцна може да резултира со погрешни проценки, пр. за преваленцијата на хипертензијата во заедницата заради неадекватното мерење на крвниот притисок при скринингот или за нивото на ризичните фактори во заедницата поради нарушување на планираниот однос на старосните групи во примерокот за скрининг.

* *Целисходност* го означува изборот на најпогодната програма од аспект на остварување на резултатите со најмало ангажирање на средствата. Овој параметар често се изедначува со ефективност, од што се разликува бидејќи внесува нова димензија која ги прави споредливи две или повеќе ефективни програми. Пример, една програма може да биде ефективна од аспект на резултатите и потрошените средства, но таа е целисходна ако резултатите се исти, а вложените средства помали во споредба со други програми. Нецелисходна програма може да се смета онаа чии цели се остварени со употреба на поскапи методи на лекување или со користење кадри со повисоки квалификации на работи кои нормално се во домен на работа на кадри со пониски квалификации. Затоа, при избор на методите мора да се води сметка дека секогаш постојат можности да се дојде до исти резултати со избор на поедноставни, поевтини и посигурни методи.

* *Експедитивност* го означува временскиот период кој поминува од сознанието дека еден здравствен проблем може адекватно да биде решен до почетокот на примена на програмата. Експедитивноста особено е важна во услови кога неодлучноста или доцнењето во пружањето на здравствените услуги може да има тешки последици (пружање итна медицинска помош при ургентни состојби, пр. при крвавење, запирање на дишењето и работата на срцето, состојба на безсознание и др.).

* *Економичност* е однос на цената и остварените резултати со програмата, односно користа што се добива во однос на платената цена. Овој параметар е многу сложен бидејќи тешко може да се изрази во едноставен однос. Корисноста на една програма за здравствена заштита може да се оценува во однос на следните аспекти:

- Индиректна економска корист, која се постигнува со зголемување на продуктивноста на трудот поради намалување на болките, односно отсуствата од работа поради болести и повреди,
- Заштеди кои се постигнуваат поради намалување на трошоците за превенирани сложени процедури на лекување и рехабилитација, како и за надоместок наместо плата,

- Директна корист која се постигнува со зачувување и подобрување на здравјето и здравствената состојба. Оваа вредност е најтешко да се оцени при недостиг на позитивни индикатори за здравјето и критериуми за нивно мерење. Во недостиг на тоа се користи компарација на трошоците за лекување во однос на трошоците за превенција, односно какви трошоци би настанале доколку програмата не би се остварила во однос на оние кои се резултат на примена на програмата.

* *Адекватност* на програмата значи усогласеност на стратегиите во однос на здравствените приоритети и цели, односно дали има и други алтернативни програми со други стратегии и технологии, со кои можат да се постигнат исти, па дури и подобри резултати, а со вложување на помалку средства. Порано многу земји во развој донесуваа програми кои не беа адекватни, како на пр.градени се болници со најсовремена опрема при непостоење елементарна мрежа на вонболнички институции за заштита на мајката и детето, за превенција и амбулантно-поликлинички третман на масовните незаразни болести и сл. Неадекватна програма е и онаа со која ќе се опфатат заболувања кои во дадена ситуација, место и време, немаат изразено значење во однос на некои други заболувања. Затоа, пред изготвување и усвојување на програмата неопходно е да се направи анализа на состојбата според современа методологија.

* *Флексибилност на програмата*- се искажува можноста за нејзино прилагодување за да не се доведе во прашање нејзината реализација под неповолни и неочекувани околности кога се менуваат одредени услови и претпоставки во тек на нејзиното изведување (пр. можности за прилагодување во услови на отежнато финансирање и економски потешкотии, промена на факторите кои дејствуваат на болеста, примена на нови методи за превенција и лекување кои се резултат на најнови научни достигнувања и т.н.). Тоа значи дека секоја програма мора да има неколку варијанти за изведување, под поповолни и помалку поволни финансиски и други услови.

✱ *Рационалност* – со помали вложувања да се постигнат повеќе ефекти.

5. Реализација на планот за развој на здравствената заштита, што во прв ред, зависи од реалноста на планот, односно усогласеноста меѓу потребите за здравствена заштита и приоритетите, можностите на здравствената служба за задоволување на тие потреби и материјалните можности на заедницата.

6. Евалуација на остварувањето на планот според СЗО претставува „процес на оценување на достигнувањата во однос на поставените цели со планот, вклучувајќи ја и оценката на нивната адекватност, ефикасност и прифатливост од страна на сите заинтересирани фактори“. Друга дефиниција вели дека „евалуацијата е систематски начин за учење од искуството и користење на научените лекции со цел за подобрување на тековните активности и унапредување на планирањето, и внимателна селекција на алтернативите на идните акции“. Со други зборови евалуацијата подразбира критички осврт на изминатиот пат и постигнатите резултати, при што посебно значење треба да се даде на:

- ⇒ оценка за обемот, степенот и квалитетот на остварување на поставените цели во планот;
- ⇒ оценка за успешноста на спроведените мерки, пречките и потешкотиите во реализацијата на планот;
- ⇒ анализа на односите меѓу преземените мерки, постигнатите ефекти и потрошените средства.

Без овие три компоненти евалуацијата би претставувала традиционален тип на контрола на извршување на задачите.

Секој план и програма за здравствена заштита треба да подлежи на евалуација, како од аспект на резултатите кои се постигнати, односно кои се очекуваат, така и од аспект на користење на расположивите ресурси.

Во поширока смисла, со евалуација можат да се опфатат сите подрачја на здравствената заштита и здравствената дејност, при што посебно внимание се посветува на:

- ➔ евалуација на плановите за развој (долгорочни, среднорочни и краткорочни) и програмите за работа (годишни) на здравствените организации, односно нивните содржини (цели и мерки);
- ➔ евалуација на ефикасноста на здравствената дејност (адекватност, пристапност, еднаквост, прифатливост, експедитивност, флексибилност, чинење и корист т.е. ефективност на здравствените услуги, програми и служби – според СЗО);
- ➔ евалуација на квалитетот на здравствените услуги;
- ➔ евалуација на ефектноста и безопасноста на лековите и технолошките постапки во здравствената дејност;
- ➔ евалуација на системот на здравствената заштита (организација и работа) на локално, регионално и национално ниво.

Еден од основните предуслови за воспоставување на систем на евалуација е постоење на стандарди и нормативи, бидејќи мерењето на квалитетот на остварените резултати тесно е поврзано со условите под кои тие се остварени.

Според времето на изведување евалуацијата може да биде:

- * ретроспективна евалуација која опфаќа активности во минатото и хронолошки е последна компонента во процесот на планирањето;
- * евалуација во тек, е базирана на мониторинг односно континуирано следење на активностите за време на нивната примена, а се врши во сите фази на планирањето и спроведувањето на планот. Таа има и своја интервентна улога овозможувајќи евентуални потребни корекции на планот;
- * проспективна евалуација, со која се дава оценка и проценка на идните цели, мерки и сл., односно се овозможува правилен избор меѓу алтернативните програми и решенија, појдувајќи од

хипотетични резултати кои би се добиле доколку одреден план се спроведува.

Според обемот и опфатот евалуацијата може да биде:

- парцијална евалуација, која се однесува на одделни мерки и активности, одделни служби, само на еден дел од планот на една заедница, работна организација и сл.
- потполна евалуација, која се однесува на целиот план за здравствена заштита во единицата на локална самоуправа или општината, работната организација и сл.
- евалуација на специфични здравствени програми е насочена кон детална анализа на остварувањето на одделни програми во областа на здравствената заштита. Во нашата држава секоја година Владата на Македонија донесува повеќе специфични програми за здравствена заштита во однос на одделни болести кои имаат висок приоритет со изразено социјално-медицинско значење, одделни групации од населението или одделни приоритетни видови на здравствена заштита, при што посебно се врши евалуација на нивното остварување (имунизација, систематски прегледи на ученици и студенти, програма за превентивна здравствена заштита, активна здравствена заштита на мајка и дете, за организирање и унапредување на крводарителството и за сузбивање на бруцелозата). Пред осамостојувањето на Р.Македонија се спроведуваа две специфични програми, и тоа:
 1. Програма за намалување на смртноста на доенчињата и малите деца:
 2. Програма за подобрување на санитарно-хигиенската и епидемиолошката состојба во Македонија.

Како резултат на реализацијата на овие две програми кај нас се постигнати значителни резултати во намалувањето на смртноста на доенчињата, од 109 ‰ во 1963 година на 28 ‰ во 1991 г. Исто

така значително е подобрена состојбата со водоснабдувањето во селата при што во над 600 села беа изградени водоводи што заедно со подобрување на диспозицијата на отпадните материји придонесе за намалување на морбидитетот и смртноста од цревните заразни болести и намалување на разликата во стапките од овие заболувања меѓу градските и селските подрачја во државата.

Воспоставувањето мониторинг е многу значајна компонента на реализацијата на програмата, а се воспоставува во моментот на отпочнување на спроведувањето на програмата. Притоа се опфаќаат податоци за мерките и активностите кои се превземаат заради остварување на целите на програмата, како и податоци за движење на заболувањата. На тој начин се остварува можност да се доведат во корелација преземените мерки и остварените резултати.

Со евалуацијата се утврдува степенот на зависност меѓу преземените мерки и постигнатите промени, односно добиените резултати во смисла на остварување на поставените цели во планот. Тоа е многу сложена и деликатна работа што бара висока стручност и професионално искуство.

Во зависност од видот и карактерот на одделните мерки и активности, како и од времето што е потребно нивниот ефект да даде резултати врз промена на состојбата, постојат мерки кои даваат брзи и очигледни ефекти (вакцинација, серопротекција, хемиопрофилaksa и други мерки за спречување на голем број болести и онеспособеност), и, спротивно на тоа, други мерки кои се помногубројни и покарактеристични за здравствената дејност, чиј ефект може да се согледа дури после повеќе години (пр. дејствувањето на некои мерки за продолжување на векот на живеење, за намалување на инвалидноста и сл.). Притоа треба да се има предвид дека многу мерки и интервенции на здравствената служба се квалитативни фактори и тешко може да се мерат нивните ефекти.

Најчести индикатори за евалуација се оние кои се користат за анализа на здравствената состојба, и тоа за:

1. здравствената патологија на населението,
2. хигиено-епидемиолошката состојба,
3. организацијата, активноста и финансирањето на здравствената дејност.

Покрај нив можат да се користат и други дополнителни индикатори кои можат да се добијат со дополнителни и посредни пресметувања или со разни дополнителни и наменски (целни) истражувања.

Презентирањето на резултатите преку извештај за извршена евалуација е исто така сложена постапка при што е важно кој треба да го изготви извештајот, што тој треба да содржи, во каква форма и до кога извештајот треба да се поднесе. При изборот на податоците и начинот на нивната интерпретација треба да се има предвид кој се ќе го разгледува извештајот. По правило, извештајот треба да биде со лесно разбирлив и сфатлив стил на изразување и со прегледни и јасни табели и графикони.

НАСТАНУВАЊЕ НА БОЛЕСТА И СТЕПЕНИ НА ПРЕВЕНЦИЈА

Во **класичниот епидемиолошки модел** со интеракција меѓу домаќинот, агентот и средината може да настане состојба на нарушено здравје или болест. **Домаќинот** може да биде отпорен или подложен на изложеноста на ризик да заболи од одредена болест. **Агентот** е организам или директна причина на болеста. **Средината** овозможува размножување на агентот, одржување на неговата патогеност, како и пренесување (вектори и др.) и контакт со домаќинот за настанување инфекција.

На здравјето и настанувањето на болест влијаат **фактори** - предизвикувачи од надворешната средина, односно тоа се т.н. природни агенси од физичката и биолошката средина, како и предизвикувачи од начинот на живот и однесувањето на човекот, односно агенси створени од човекот.

Физичката средина ја чини се она неживо околу човекот: земја, вода, воздух, сончева енергија, ветрови, радијација и сл., како и физичка средина создадена од човекот, како што се нови материји, објекти, машини, патишта и сл. Со својата активност човекот ја нарушува и загадува надворешната средина што ствара дополнителни предизвици за нарушување на неговото здравје, како загадено тло, вода и воздух.

Посебно значајни аспекти и фактори на физичката средина се:

- водоснабдување и диспозиција на отпадните материји
- становање и урбанизација
- индустријализација и загадување во работната и пошироката средина
- загадување на воздухот и др.

Биолошката средина ја чини живиот свет околу човекот, растителен и животински. Од неа доаѓаат бројни предизвици како непосредни можни предизвикувачи на болест: протозои, бактерии, вируси, габи, рикетии и т.н.

Промените во биолошката средина што човекот ги предизвикува со својата активност условуваат нови предизвици за нарушување на неговото здравје.

Социјалната средина е својствена само за човекот, а ја чини самиот човек, односно потесните и пошироките човечки заедници во кои човекот живее со други луѓе. Во социјалната средина, преку процесот на социјалната еволуција, човекот ги развил сите оние карактеристики кои од природно битие, зависно од природата, го претвориле во општествено битие кое, наместо да се покорува на законите на природата, гради свои социјални закони кои го одредуваат неговиот натамошен развој и однесување.

Посебно значајни фактори од социјалната средина за здравјето се:

- економскиот стандард
- културата и образованието
- стилот на животот
- невработеноста
- психосоцијалниот стрес, социјалната поддршка и здравјето
- националната и расна дискриминација
- војните и наоружувањето

Болестите чија условеност примарно е поврзана со факторите на социјалната средина се т.н. “социјални болести”.

Наследните фактори и биолошко-психосоцијалните карактеристики на човекот може да бидат предизвици кои доаѓаат од внатрешната структура на човекот како наследна компонента за одделни состојби и болести.

Настанувањето на болеста обично е условено со комбинација на предизвици кои доведуваат до нарушување во прилагодувањето и динамичната рамнотежа. Тоа зависи и од способноста на индивидуата да стапува во интеракција со природната околина, а исто така и со социјалната и културната средина.

Здравјето претставува динамична карактеристика на индивидуата да се адаптира на околината дури и кога околината наметнува невообичаени ризици или барања (нарушувачи на здравјето или стимулуси на болеста) до одредено ниво на интензитет или пак кои не траат предолго и можат да се толерираат и контролираат. Тоа е т.н. **фаза на препатогенеза** во која човекот е здрав и со механизмите на прилагодување и одбрамбената способност одржува внатрешна динамичка рамнотежа на кој начин се спречува отпочнување на патолошки процес, односно болест.

Болеста претставува *затајување во прилагодувањето*, ограниченост на механизмите за прилагодување или дури несоодветно прилагодување. Некои фактори можат да дејствуваат долготрајно и, за различни периоди на време, ги изморуваат и исцрпуваат механизмите на прилагодување. Тоа се т.н. *“фактори на ризик”*, кои порано или подоцна можат да доведат до болест ако не се отстранат. Другата група на предизвици можат да бидат доволно јаки и ненадејни и експозицијата на нив веднаш да доведе до нарушување на рамнотежата и до болест. Втората фаза во природниот тек на болеста е **фаза на патогенеза** кога динамичната рамнотежа се нарушува со отпочнување на патолошки процес и настанување на болест.

Во фазата на патогенеза разликуваме предклинички, латентен или асимптоматски стадиум на болеста, клинички стадиум на манифестирана болест и стадиум на реконвалесценција.

Степени на превенција во природниот тек на болеста

Иако сите **мерки за заштита на здравјето** претставуваат интегрална целина сепак тие можат да се поделат **во неколку групи** според стадиумот на природниот тек на болеста во кој се преземаат и според целите и нивоата на кои се пружа таа заштита. Според тоа во која фаза од природниот тек на болеста интервенираме можеме да зборуваме за **примарна, секундарна и терцијарна интервенција**, односно **превенција**.

I. ПРИМАРНА ПРЕВЕНЦИЈА (ИНТЕРВЕНЦИЈА) подразбира зачувување и унапредување на општата здравствена состојба - промоција на здравјето и отстранување на причинителите и факторите на ризик за да се спречи настанување на болест - специфична превенција.

Примарната превенција е многу поефективна и поекономична од сите други тераписки методи за контрола и третман на болестите, но во праксата се' уште недоволно се применува здравственото воспитание во врска со причинителите и ризик факторите заради спречување појавата на превентабилните состојби и болести.

Стратегијата за вклучување на здравствените работници во превентивната работа зависи, во прв ред, од бројот и стручната оспособеност на расположивите здравствени кадри и од типот на здравственото осигурување, односно дали и во кој обем превенцијата е вклучена како право од здравственото осигурување.

Во овој *прв степен на превенција* интервенцијата е насочена на здрави лица. Притоа разликуваме *две групи на мерки*, и тоа:

1. Мерки за унапредување и зачувување на здравјето - промоција на здравјето. Ги спроведува заедницата како целина со сите свои општествени сектори, вклучувајќи го и здравствениот сектор т.е.

здравствената дејност, како и оспособување на луѓето да ја преземат контролата над своето здравје и да го унапредат.

Промоцијата на здравјето се дефинира како процес кој ги оспособува луѓето да ја зголемат контролата над своето здравје во смисла на негово зачувување и унапредување, а не само за спречување на настанување на болест.

Промоцијата на здравјето има за **цел** да постигне и одржува баланс на индивидуата и околината, комбинирајќи го индивидуалниот избор со општествената одговорност. Во промоцијата на здравјето учествуваат сите луѓе и целата заедница, а самите мерки во најголем дел се надвор од медицинската пракса, насочени кон подигнување на здравствениот потенцијал заради одржување динамичен еквилибриум - здравствена рамнотежа.

Овие мерки можат да бидат едукативни, легислативни, фискални, организациски, развојни и др., а имаат за цел да се створат што поповолни хигиенски, економски, социјални и други услови, кои позитивно дејствуваат на здравјето на луѓето, како што се:

а) унапредување на животната средина и контрола на загадувањето што подразбира соодветно водоснабдување, диспозиција-отстранување на отпадните материи, обезбедување доволни количини хигиенски исправна храна достапна за населението, заштита на воздухот од загадување, намалување на бучавата, соодветен урбан развој и становање, сигурност во сообраќајот и намалување на штетните последици од индустријализацијата, урбанизацијата и технолошкиот развој, како и подобрување на условите на работа и школување и т.н.;

б) подобрување на социјално-економските услови на живот, исхраната и животниот стандард воопшто, и решавање на општите социјални проблеми на заедницата (права, солидарност, еднаквост и т.н.), преку соодветни политички, законодавни и административни стратегии;

в) анализа на здравственото однесување, стилот на живот и навиките, донесување и примена на посебни програми (превентивни и здравствено-воспитни програми, санационо-целни програми и сл.), работа на развојот и унапредување на здравствената дејност (инфраструктура, кадри, опрема);

г) работа на здравственото образование и воспитание заради унапредување на индивидуалното и групното однесување, оспособување на секој поединец и населението во целина за зачувување и унапредување на здравјето со менување на штетните навики и ризичното однесување (пр. пушење, СПБ), со прифаќање здрави стилови на живеење за подобрување на нутритивниот статус, физичката кондиција и емоционалната состојба, обезбедување поволни услови за одмор и рекреација, општото образование за подигање на образовното ниво и општата и здравствена култура на населението, и соодветно користење на здравствената, социјалната и други служби.

2. Мерки за спречување и сузбивање на болестите - специфична превенција (заштита/ профилакса). Насочени се во правец на намалување или отстранување на ризик факторите за специфични болести, намалување на осетливоста на организмот на агенсии, за да се спречи појава на одредени заразни и други болести. Мерките може да се насочени кон домакилот, кон активности во средината и агенсот/ ризик факторите.

Превенцијата на болестите е типична медицинска активност, особено кога се опфаќаат идентифицираните лица под висок ризик, кои се под посебен здравствен надзор. Такви мерки се:

- вакцинации/имунизации (Ди-Те-Пер, ТБ,...)
- серопротифакса, - хемиопротифакса или превентивна медикација
- откривање и сузбивање на клицоносителство
- епидемиолошки надзор, изолатија и карантин
- дезинфекција, дезинсекција и дератизација (ДДД)
- асанации на теренот (инсекти, глодари, диви и домашни животни);
- флуорирање на водата за пиење

- флуоропрофилакса - за превенција на кариес кај населението
- јодирање на солта за превенција на гушавост кај населението;
- витаминопрофилакса - давање витамини и минерали во прегранбените производи, давање вит. К на новороденчиња, фолна киселина на жени во репродуктивниот период, мултивитамински препарати на стари лица;
- борба против факторите на ризик (пушење, здебеленост и др.) со едукација на поединци за самозаштита, покачување на данок;
- задолжително носење појаси при возење;
- намалување на поседување огнено оружје;
- подигање знаења, свест и улогата на лекарите во прев. на КВБ, ракот;
- размена на игли и делење кондоми во средните училишта (СИДА,...)

Во фокусот на првата група мерки-промоција на здравјето, е здравјето, а во фокусот на втората група мерки-специфична превенција, е болеста.

II. СЕКУНДАРНА ПРЕВЕНЦИЈА (ИНТЕРВЕНЦИЈА) е во доменот на здравствената дејност и се состои од препознавање - откривање на “лицата со патолошки наод” или заболени во раниот стадиум на болеста, со цел да се преземат благовремени мерки на лекување.

Во овој степен на превенција разликуваме две групи мерки, и тоа: мерки за рано откривање на болести и мерки за благовремено лекување.

3. Раното откривање на болестите се врши со секојдневна рутинска работа на здравствената служба, со систематските и периодични прегледи, како и со посебни целни скрининг прегледи на населението или одделни групации со ризик - метод на депистажа. При тоа се користат посебни специфични постапки и тестови за рано откривање на одделни болести т.н. скрининг тестови.

Класични примери на депистажа се флуорографското снимање на белите дробови со цел за рано откривање на ТБЦ, мерење на крвниот притисок, Папаниколау тест, разни лабораториски тестови за мерење на шеќерот во крвта и урината, мамографија, преглед на очно дно за рано откривање глауком и т.н.

Овде ги вклучуваме и мерките за дијагностика на ризикот.

За да може еден скрининг тест да најде широка практична примена треба да поседува што повеќе од следните особини: да е брз, евтин, едноставен за изведување и да може да се изведува на терен, безболен, безопасен и неинвазивен, осетлив (да не дава лажно негативни резултати) и веродостоен или сигурен (да не дава лажно позитивни резултати).

4. Мерки за благовремено лекување. Тоа претставува куративен - терапевтски дел на здравствената заштита со обид да се забави и запре патолошкиот процес, да се спречи натамошниот клинички развој на болеста, да се ограничи неспособноста и да се спречат компликации и последици (дијабет, стрептококни инфекции, и т.н.)

Лекувањето според местото каде се спроведува може да биде:

- во домот-куќа,
- во вонболнички установи (амбулантно-поликлиничко),
- во болнички установи (општи и специјални болници),
- во други специјални установи, и - на други места.

Според тоа дали се дејствува на причинителите на болеста лекувањето може да биде каузално или симптоматско.

Според начинот на изведување, односно методот на терапијата, може да биде: медикаментозно, хируршко, психотерапија и физикална терапија.

Според успехот или исходот лекувањето може да заврши со:

- излекување,
- подобрување,
- одржување,
- влошување, и
- фаталност.

III. ТЕРЦИЕРНА ПРЕВЕНЦИЈА (ИНТЕРВЕНЦИЈА)

Оваа група мерки вклучува препознавање и згрижување на оние состојби кои не можеле да се лекуваат или оставиле последици и покрај лекувањето. Со овие мерки се прави обид да се спречат, намалат и отстранат последиците од болестите и повредите, а со цел да се зачува квалитетот на животот таму каде поради неповолниот тек на болеста, недостиг на ефективна медицинска технологија или несоодветно лекување не било можно благовремено и успешно да се сузбие болеста и да се спречат нејзините последици.

И во третиот степен на превенција разликуваме две групи на мерки, и тоа: мерки на рехабилитација и мерки на поддршка - сапортација.

5. Мерки на рехабилитација. Рехабилитацијата значи повеќе од запирање на процесот на болеста бидејќи таа, исто така, претставува и превенција на комплетна неспособност после помалку или повеќе стабилизирана состојба на анатомски и физиолошки промени. Таа има физички, ментални и социјални компоненти.

Рехабилитацијата има за цел да се спречат или намалат секвелите, да се скрати периодот на неспособноста, да се спречи инвалидност, да се спречи прерана смрт и да се намалат трошоците на заштитата.

Според тоа кој ја врши и со каква цел рехабилитацијата може да биде: медицинска (физичка и психичка), професионална и социјална рехабилитација.

6. Мерки на поддршка и постојана нега - сапортација и палијација се пружаат на оние лица кај кои болеста, и покрај спроведеното лекување и рехабилитација, оставила трајни последици во вид на инвалидност и неспособност за работа или предизвикала зависност од туѓа помош и нега, како и на болни лица од неизлечиви болести, во терминалниот стадиум (намалување на болки и достоинствено умирање).

Овие мерки можат да бидат државни, кои ги спроведува државата (законска регулатива, буџетски интервенции и сл.), потоа институционални, кои ги спроведуваат одделни специјализирани институции (јавно-здравствени агенции), семејни - од страна на семејството, или мерки на поддршка што ги пружаат одделни доброволни/ добротворни организации (донации, фондации, спонзорства), како и болници за болни во терминален стадиум/ хоспис.

Во овие мерки спаѓаат: обезбедувањето инвалидски колички, специјални тоалети, врати, пристап и транспортни услуги за инвалиди, како и отстранување на физички и социјални бариери заради намалување на дискриминацијата, финансирање на специјална опрема или други потреби на таквите лица (исхрана, вежби, капење, хигиена, помош за земање лекови и сл.).

ЗДРАВСТВЕНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Здравствените организации може да се основаат или регистрираат како: јавни, здружени, мешовити и приватни, во согласност со Законот за здравствена заштита. Здравствена организација може да основаат државата, приватно и физичко лице, при што поблиските услови ги пропишува Министерството за здравство на Р.Македонија.

Јавната здравствена организација ја основува Собранието на Р.Македонија. Здравствената организација може да врши здравствена дејност, ако се обезбедени градени објекти, стручни кадри, медицинска опрема, материјални средства и др.

За организирање на здравствената заштита се организираат следните здравствени организации:

- ⇒ Здравствена станица;
- ⇒ Здравствен дом;
- ⇒ Болница (општа и специјална)
- ⇒ Медицински центар;
- ⇒ завод;
- ⇒ институт;
- ⇒ клиника;
- ⇒ клнинички центар;
- ⇒ завод за здравствена заштита;
- ⇒ аптека;
- ⇒ природно лекувалиште

Здравствена станица

Здравствената станица, по правило, се основа за подрачје потесно од општината или за потребите на работниците на одделно поголемо претпријатие или друга организација. Спроведува здравствена заштита доколку се исполнети условите за вршење најмалку на дејностите: општа медицина, односно медицина на трудот, здравствена заштита на жени, стоматолошка, лабораториска, обезбедување со лекови и санитетски материјални средства и здравствено-статистичка дејност.

Здравствен дом

За спроведување на примарната и превентивната здравствена заштита се основа здравствен дом, за подрачје на општината или на поголеми претпријатија или група претпријатија. Врши дејност со примена на диспанзерски и тимски метод на работа, најмалку од следните области:

- општа медицина со итна медицинска помош и домашно лекување;
- здравствена заштита на: работниците, децата, учениците, младината и жените;
- стоматолошка заштита;
- ренген дијагностика;
- лабораториска дејност;
- обезбедување со лекови;
- поливалентна патронажа и здравствена статистика.

Болница

Болницата спроведува специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, а се организира како самостојна или во состав на медицински центар. Може да биде општа и специјална.

а) Општа болница

Општата болница спроведува здравствена заштита на лицата од сите возрасти и заболени од разни видови болести, ако се исполнети условите

за вршење на специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита најмалку за:

- Внатрешни болести;
- Детски болести;
- Општа хирургија;
- Акушерство и гинекологија;
- Анестезија и реанимација;
- Лабораториски испитувања;
- Радиолошка дијагностика;
- Обезбедувања на крв и крвни деривати;
- Обезбедување со лекови и санитарски материјални средства;
- Обдукција и биопсија;
- Услови за изолација на заболени од заразни болести;
- Здравствено-статистичка дејност.

б) Специјална болница

Специјалната болница спроведува здравствена заштита, ако се исполнети условите за вршење на специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита на лицата заболени од одредени заболувања или на лица од одредени групи, ако има соодветна дијагностичка и лабораториска дејност, обезбедување со лекови и санитарски материјални средства, сместување, исхрана на болните и здравствена статистика.

Медицински центар

Спроведува здравствена заштита, ако се исполнети најмалку условите предвидени за здравствен дом и општа болница. Тоа е сложена здравствена организација, која врши примарна здравствена заштита и одделни мерки од превентивната здравствена заштита (здравствен дом), за одредено подрачје, по правило за една општина. Исто така, спроведува

и специјалистичка, како и болничка здравствена заштита (општа болница), за подрачје кое опфаќа повеќе општини или регион.

Завод

Заводот спроведува здравствена заштита од една или повеќе гранки на медицината, односно области на здравствена заштита или за определена група од населението. Заводот систематски ги следи и ги проучува состојбите за кои е основан, испитува методи и применува мерки за рано откривање на заболувањата, лекување и рехабилитација, укажува стручно-методолошка помош, учествува во стручно усовршување на здравствените работници и соработници. Може да врши и болничка дејност, ако ги исполнува условите за специјална болница.

Заводот за трансфузиологија, покрај работите предвидени за Завод, врши планирање, унапредување и организирање на крводарителството во Р.М.

Институт

Институтот спроведува здравствена заштита, ако се исполнети условите за Завод и за вршење на научно-истражувачка дејност, во согласност со прописите за научно-истражувачка работа.

Клиника

Клиниката спроведува најсложени видови здравствена заштита од одредени гранки од медицината, укажува стручно-методолошка помош на здравствените организации, врши специјалистичко-консултативна и болничка дејност, усовршување на здравствените работници, изведување на образовна дејност и научно-истражувачка дејност.

Кликата може да врши дејност, ако во работен однос има најмалку 5 работници со VIII степен на стручна подготовка, од кои најмалку двајца наставници на медицинскиот факултет.

Клинички центар

Клиничкиот центар е здравствена организација, која по правило врши високо диференцирана здравствена заштита од повеќе гранки од медицината, врши образовна и научно-истражувачка дејност, обезбедува функционално поврзување на дејностите, врши специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Завод за здравствена заштита

Заводот за здравствена заштита е самостојна здравствена организација која спроведува превентивна здравствена заштита и во себе ги инкорпорира санитарно-хигиенската, епидемиолошката, микробиолошката и социјално-медицинската дејност. Во Р.М. постојат 10 регионални заводи за здравствена заштита (Скопје, Тетово, Охрид, Битола, Прилеп, Велес, Штип, Кочани, Струмица и Куманово), а нивната работа ја координира Републичкиот завод за здравствена заштита.

Заводот за здравствена заштита ја следи, ја истражува и проучува здравствената состојба на населението, причините за појава и ширење на заразните болести и другите болести од социјално-медицинско значење, влијанието на еколошките фактори врз здравјето и превзема мерки за заштита и унапредување на здравјето на населението.

Аптека

Аптеката врши фармацевтска здравствена дејност, особено набавка, сместување, издавање и контрола на лекови и лековите супстанции,

изработува магистрални лекови, дава упатства за употреба на лековите, издава средства за детска и диетална исхрана, ортопедски помагала и медицински инструменти.

Природно лекувалиште

Природното лекувалиште обезбедува лекување и рехабилитација, со користење на природни фактори за лекување. Може да спроведува болничка рехабилитација ако ги исполнува условите утврдени со закон за специјална болница.

НИВОА ВО СИСТЕМОТ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Секој здравствен систем се состои од меѓусебно поврзани компоненти, сочинети од семејство, училиште, локална заедница и здравствена инфраструктура, која се грижи за здравствената заштита на секоја единка, семејство и заедница. Таква здравствена заштита ја чинат комбинираните мерки на промоција на здравјето, специфична превенција, рано откривање, лекување и рехабилитација.

Таквиот систем е организиран на три нивоа:

- Ниво на прв контакт на единката, семејството и заедницата со системот на здравствена заштита, на кој се остварува примарната здравствена заштита – **ПЗЗ**.

- Интермедијарно ниво, на кое се остварува специјализираната здравствена заштита – секундарна здравствена заштита – **СЗЗ**.

- Централно ниво, на кое се остварува субспецијалистичка здравствена заштита, едукација на кадрите, научно-истражувачка работа-терциерна здравствена заштита – **ТЗЗ**.

Без оглед на одредени специфичности и разлики меѓу одделни системи на здравствена заштита заедничко е следното:

- Како основа на системот ја чини примарната здравствена заштита;
- Покрај здравствениот, треба да бидат вклучени и други сектори кои можат да влијаат на здравјето;
- Примарната здравствена заштита треба да се реализира на првата линија на контакт меѓу единката и системот на здравствена заштита;
- Другите нивоа во остварувањето на здравствена заштита треба да бидат поткрепа на првото ниво, како би се овозможило остварување на примарната здравствена заштита на континуирана основа;

- На интермедијарно ниво (С33) се решаваат покомплексни проблеми, кои бараат специјализирани кадри и посложени услови за дијагностика и лекување. Соработката и постојаната поддршка на ПЗЗ е една од основните обврски на тоа ниво;

- Централното ниво (ТЗЗ) координира со пониските нивоа, обезбедува високо специјализирана дијагностика и лекување, едуцира-обучува кадри, учествува во планирањето и стручната контрола.

1. Примарна здравствена заштита (ПЗЗ)

ПЗЗ се организира и спроведува на подрачјето на секоја општина. Таа е ниво на првиот контакт на корисниците со системот на здравствена заштита, за обезбедување на основните здравствени потреби, на поединецот, семејството и заедницата во целина.

ПЗЗ применува диспанзерски и тимски метод на работа. Овој вид здравствена заштита ја спроведуваат организациони единици во следните здравствени установи: здравствена станица, здравствен дом, медицински центар и аптека, преку соодветни установи:

- ⇒ Општа здравствена заштита;
- ⇒ Здравствена заштита на деца од 0-6 години;
- ⇒ Здравствена заштита на училишни деца и младинци;
- ⇒ Здравствена заштита на студенти;
- ⇒ Здравствена заштита на жени;
- ⇒ Здравствена заштита на работници;
- ⇒ Здравствена заштита на спортисти;
- ⇒ Итна медицинска помош;
- ⇒ Стоматолошка здравствена заштита;
- ⇒ Поливалентна патронажа;
- ⇒ Лабораториска дејност;
- ⇒ Фармацевтска дејност.

Преку ПЗЗ корисникот влегува во системот на здравствена заштита остварувајќи го својот прв контакт со здравствената служба. Првиот контакт пациентот го воспоставува со лекарот од општа медицина, кој треба да е оспособен да дејствува и превентивно и тераписки за разрешување на приоритетните здравствени проблеми за што е потребно да ја познава националната патологија и патологијата на подрачјето, односно популацијата што ја згрижува. Покрај лекарот од општа медицина во наши услови се вклучени и некои профили специјалисти со тенденција за подигање на стручното ниво и квалитетот на работа на ПЗЗ.

ПЗЗ треба да биде насочена кон решавање на главните здравствени проблеми во една заедница и задоволување на основните здравствени потреби на најголемиот дел на населението. Тоа значи дека со ПЗЗ се опфаќаат приоритети во однос на одделни специфични (по изложеност на посебен ризик за нарушување на здравјето и вулнерабилност) групации на население кои непосредно се поврзани со биолошкиот и економскиот потенцијал на заедницата.

Се проценува дека во наши услови на ниво на ПЗЗ треба да се задоволуваат 80-85% од сите здравствени потреби – побарувања за здравствена заштита на населението.

Иако ПЗЗ се развива согласно економските услови на една заедница таа секогаш како најосновно мора да вклучува:

- Континуирано следење и проучување на здравствената состојба на населението и одредени ризични групации;
- Унапредување на правилната исхрана, хигиенско снабдување со чиста вода и други основно хигиенски услови на живеење, проучување на влијанието на околината врз здравјето и здравствената состојба на населението и превземање на мерки за отстранување на недоволните влијанија врз здравјето, како мерки за зачувување и унапредување на човековата околина и здравјето на населението;

- Спречување и заштита од заразни болести и спроведување на основните противепидемиски мерки (вакцинации, асанации, правилна диспозиција на отровните материи..) како и мерки насочени против факторите на ризик заради спречување на појавата на хроничните дегенеративни болести;
- Заштита на доенчиња, мали и пред училишни деца;
- Заштита на училишни деца и младина и обезбедување поволни услови за оптимален психофизички развој, спорт и рекреација;
- Заштита на жените во врска со бременост, породување, мајчинство, мерки и активности за планирање на семејството и други мерки за здравствена заштита на жените;
- Заштита на здравјето на работниците и другите работни луѓе, контрола на условите на работа на работното место, оценување на работната способност;
- Заштита на старите лица над 65 години;
- Здравствено воспитание на населението за главните здравствени проблеми и начини за нивно спречување и контрола, унапредување на здравствена култура на населението за прифаќање здрав стил на живеење во функција на унапредување на здравјето;
- Итна медицинска заштита за згрижување на ургентните случаи;
- Снабдување со есенцијални лекови и санитетски материјали;
- Стоматолошка заштита на целото население;
- Обезбедување здравствена заштита во домот на болниот преку домашна нега и лекување и организирање поливалентна патронажна дејност;
- Соодветно лекување на вообичаените болести и повреди и по потреба упатување на специјалистичко-консултативни прегледи, болничко и друго лекување и рехабилитација.

ПЗЗ се организира и спроведува во тимска работа во која учествува најмалку лекарот од општа медицина и медицинска сестра-техничар. Во спроведувањето на мерките на ПЗЗ учествуваат и одделни профили специјалисти: за медицина на трудот, училишна медицина, педијатрија, гинекологија, хигиена, епидемиологија, психолог и социјален работник, стоматолози и фармацевти.

Основна здравствена организација во наши услови која е должна да пружа комплексна ПЗЗ е здравствениот дом. Ако ПЗЗ се посматра како отворен и динамичен систем тогаш може да се прифати и дека и други здравствени организации со дел од својата опрема, кадар и организациони форми на работа учествуваат во остварувањето на ПЗЗ, а такви се: општа болница, завод за здравствена заштита, специјалните заводи, институти и клиници.

Во единствениот комплекс на мерки на ПЗЗ меѓу позначајните вонздравствени сектори кои имаат голем придонес за зачувување и унапредување на здравјето се:

- Земјоделие и сточарство со прехранбена индустрија и трговија и политика на цени заради обезбедување доволни количини хигиенски исправна храна која треба економски да биде достапна за сето население;
- Сектор на водостопанство за обезбедување на доволни количини хигиенски исправна вода за пиење и други потреби;
- Комунална дејност за правилна диспозиција на отпадните материји од домаќинствата, населбите и индустријата;
- Секторот на образование за подигање на образовното и општо културно ниво, а со тоа здравствено културно ниво на населението;
- Бројни јавни служби, средства за масовно информирање итн.

Добро здравје на населението не може да се обезбеди без соодветен општествено-економски развој така да тоа го имплицира прашањето на новиот меѓународен економски поредок, внатре во земјите

праведна распределба на националниот доход и почитување на принципот на солидарност. Ваквата “политизација” на здравјето е императив и уште еднаш го потврдува добро познатиот факт дека здравјето е економска категорија.

2. Секундарна здравствена заштита

Средишниот дел од пирамидата на здравствената заштита го чини секундарната здравствена заштита (СЗЗ). СЗЗ опфаќа дијагностика, лекување и рехабилитација на заболувањата и повредите, со примена на посложена медицинска технологија и специјализирани кадри и претставува интермедиерно ниво и филтер меѓу примарната и терциерната здравствена заштита. Се организира како специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Овој вид заштита се обезбедува во општите болници и нивните поликлинички служби, во медицинските центри, во заводите, специјалните болници, како и во специјалистичко-консултативните служби на здравствените домови.

Функционалната поврзаност и протокот на информациите и корисниците низ сите нивоа на здравствена заштита е многу голем па замислената пирамида неможе да има строги граници. Тоа е во согласност и со дефиницијата за здравството како отворен и динамичен систем од повисок ред. Класичниот образец на СЗЗ со строги граници се менува бидејќи некои нејзини делови и активности се спуштаат кон базата на пирамидата т.е. кон ПЗЗ. Притоа во прв ред се мисли на широкото комуницирање на специјалистичките служби со ПЗЗ, претходната обработка и подготовка на болниот од страна на ПЗЗ и специјалистичко консултативната дејност за хоспитален третман со тенденција за зголемување на ефикасноста и скратување на времетраењето на болничкото лекување, негова замена со домашно лекување, организирање и пружање здравствена заштита во установи за социјална заштита итн.

Специјалистичко-консултативната дејност во суштина е интермедиерно ниво меѓу ПЗЗ и болничката дејност, каде во најкраток рок се извршуваат сите прегледи и истражувања на пациентот упатен со упат од ПЗЗ и се донесува одлука за испраќање на болниот на стационарно лекување доколку за тоа има потреба или повторно да се врати на ПЗЗ од каде бил упатен, но со уточнета дијагноза и препораки за терапија и натамошен третман.

Територијално СЗЗ се организира на повеќе општини т.е. регион. На ниво на СЗЗ се задоволуваат 10-15% од здравствените потреби на населението на регионално ниво.

3. Терциерна здравствена заштита

Терциерната здравствена заштита (ТЗЗ) се нарекува високо специјализирана (или суб- и супер-специјализирана) и го чини врвот на пирамидата на системот на здравствената заштита. ТЗЗ опфаќа дијагностика, лекување и рехабилитација на ретки болести и компликации на одредени заболувања и повреди, со примена на најсложени дијагностички и терапевтски постапки, од високо диференцирани специјализирани кадри.

Профилите на стручност во неа се најмногу диференцирани, а комуникациите внатре во неа и со пониските нивоа најслаби. ТЗЗ е опремена со најсовремена технологија и здравствените услуги се најскапи. Поради тоа е често пати извор на дилеми, па и судири на ограничените средства за здравствена заштита со оптужување дека е наменета на мал број (привилегирани) корисници. Во суштина ТЗЗ е наменета за мал мал број корисници, но специфични од аспект на потребите за ваков вид високо специјализирани здравствени услуги. На ова ниво се задоволуваат

околу 5% од здравствените потреби кои се многу ретки и високо специфични, а здравствените услуги се најскапи.

На ниво на ТЗЗ најчесто се врши високата едукација и научно-истражувачка работа во областа на здравството.

Територијално ТЗЗ е организирана на републичко односно национално ниво, а во нејзиното обезбедување се вклучени клиниките и институтите при медицинскиот факултет, специјалните болници и заводи, установите за рехабилитација со специјална намена и Републичкиот завод за здравствена заштита.

Во ТЗЗ влегуваат кардиохирургија, неврохирургија, торакална хирургија и други субспецијалистички хируршки гранки, онкологија, нуклеарна медицина, современи дијагностички и тераписки методи на интернистичките субспецијалистички дисциплини, клинички-биохемиски и други лабораториски методи итн. Во поново време постои се поизразена тенденција на спуштање на некои активности и методи од ТЗЗ на пониското ниво на СЗЗ кога за тоа постојат стручни и економски оправдувања (компјутеризирана томографија, ласеро терапија).

Денес се повеќе се оди кон организација на современи, динамични и флексибилни форми на работа во ТЗЗ. Клиничките центри претставуваат функционално и локациски обединети многу диферетни субспецијалности. Дијагностичките служби се од кабинетски и поликлинички тип, а класичниот болнички т.е. стационарен дел е многу флексибилен по својата намена. И во најразвиените земји во светот голем товар претставуваат високите трошоци на болничката здравствена заштита. Поради тоа се ограничува порастот на болничките постели, а честопати нивниот број се намалува или се реструктурира согласно приоритетите што произлегуваат од показателите на здравствената состојба на населението.

Шема 1: Нивоа на заштита во системот на здравствена заштита (Општа структура)

Заштита	Големина на популација	Административна единица
Субспецијалистичка	500 000 – 5 000 000	Регион (Држава)
Општа / Специјалистичка	100 000 – 500 000	Регионално ниво
Примарна мед. заштита	2000 – 50 000	Општина
Самозаштита	1 – 10	Семејство(домаќинство)

ЗДРАВСТВЕНА И СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА НА ОДРЕДЕНИ ГРУПИ ОД НАСЕЛЕНИЕТО

СЕМЕЈСТВО

Семејството е основна општествена единица во скоро сите општества која е основа за репродукција и одгледување на деца, за стабилност на основните физиолошки и психолошки потреби, и економска основа за членовите на семејството, како и суштинска средина за емотивните (и сексуални, за партнерите) потреби, социјализација и социјални комуникации, помош и поддршка, и воспитување и грижа потребна и на возрасните и старите и на децата.

Семејство најчесто е група на две или повеќе лица поврзани меѓусебе со брак, спогодба, раѓање или посвојување, а кои живеат заедно во исто домаќинство составено од една, две или повеќе генерации. Потесно семејство подразбира маж и жена кои се во брак или живеат со меѓусебна спогодба, со или без деца. Додека поширокото семејство е повеќегенерациско и се состои од потесно семејство и роднини од двете страни кои може и не мора да живеат во географска близина.

Основни и најзначајни функции на семејството се:

- ↳ Репродуктивна функција- раѓање и одгледување на деца;
- ↳ Економска функција- вработување на членовите со цел обезбедување на животен стандард;
- ↳ Воспитно-образовна функција- значи формирање на институции за згрижување, образование и воспитание на децата;
- ↳ Заштитна функција- формирање на социјални и правни институции, каде што се решаваат и се регулираат законските прописи на семејството.

Нарушувањето на една од функциите на семејството може да доведе до нестабилност, што има за последици во воспитувањето и одгледувањето на децата. Најчести причини кои доведуваат до нарушување на функциите се: развод на бракот, болест и смрт во семејството, неправилно распределување на приходите во семејството и.т.н.

Планирањето на семејството, според дефиницијата на СЗО, опфаќа: контрацепција, регулирање на раѓањето и сексуално воспитание.

Бидејќи планирањето на семејството претставува поширок општествен, медицински, демографски, економски и социолошки проблем, неопходно е превземање на следните мерки:

- Спречување и сузбивање на болести, кои можат да бидат причина за стерилитет;
- Регулирање на бројот на децата (со планско предвидување на растојанието помеѓу раѓањата);
- Донесување на законски прописи, кои ќе ја регулираат оваа материја;
- Вклучување на советувалиците за контрацепција, во планирањето на семејството, наместо примена на прекин на бременост по вештачки пат-абортус, многу штетен по здравјето на жената

Прекинување на бременост (Абортус)

Абортусот претставува прекин на бременоста кај жената, во период на развој на плодот, кој се уште не е способен за самостоен живот најдоцна до 28 недели старост на плодот. Има два вида абортуси. Спонтан абортус кој се јавува како резултат на хормонско нарушување, разни инфекции на мајката, труења, повреди или несреќи на работа или дома. Артефицијален (вештачки) абортус може да биде: терапевтски легален абортус, кој се извршува поради оправдани причини или криминален кој е извршен од нестручни лица.

Социјално-медицинските карактеристики на абортусот се огледаат во: широката распространетост, штетните последици по здравјето на жената и тешките економски и социјални последици во општеството. Мерки кои треба да се спроведуваат за сузбивање на абортусите се однесуваат на: решавање на социјално-економските проблеми во општеството, здравствено и сексуално воспитание, формирање на советувашишта за планирање на семејство и контрацепција, спречување на криминалните абортуси и сл.

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА ЖЕНИТЕ

Здравјето на жените е важно од повеќе аспекти: како личност, работник, сопруга, мајка, ќерка, но и од аспект на функциите на жената/мајката во семејството за едукација, самозаштита и заштита на здравјето на членовите на семејството (исхрана, хигиена, образование...), репродукција, грижа за децата и старите лица.

Здравствената заштита на жените може да се подели на две големи групи:

- ↳ Репродуктивен период (фертилен период од 15-49 години);
- ↳ Пострепродуктивен период (од 49 години па нагоре).

Здравствената заштита на жените во репродуктивниот период треба да се насочи во периодот на мајчинство и заштита од несакана бременост. Периодот на мајчинство има три форми на работа и тоа во:

- Антенатална (пренатална) заштита- опфаќа период од забременување на жената, па се до породувањето;
- Перинатална заштита- обезбедува давање помош за време на породувањето;
- Постнатална заштита- започнува од завршувањето на породувањето па се до крајот на првата година по породувањето.

Стапката на мајчински морталитет е важен индикатор, кој е еден од показателите за целокупната здравствена состојба во државата. Мајчински морталитет е смрт на жена во тек на бременост или 42 дена по завршување на бременоста, од причина поврзана со бременоста (директна акушерска смрт од крварење, сепса, еклампсија, цефалопелвична диспропорција, абортус) или причина отежната од бременоста или нејзиното водење (индиректна акушерска смрт од анемија, хепатитис и др. болести), но не и од несреќен случај или незгода. Во земјите во развој се движи од 100 па и до 1000 умрени жени на 100.000

живородени деца, додека во развиените земји оваа стапка е под 10 на 100.000 живородени деца. Во Р.М се движи околу 15-20 на 100.000 живородени деца.

Безбедно мајчинство е иницијатива од Обединетите Нации од 1987 година, а се однесува на безбедна бременост, породување и раѓање на здрави деца. Безбедното мајчинство започнува пред забременувањето, со правилна исхрана и здрав начин на живот, како и планирана бременост, пренатална заштита, раѓање здраво новородено во здрава емотивна, социјално-економска околина за жената, детето и семејството.

Здравствената заштита на жените во пострепродуктивен период треба да се насочи кон раното откривање на заболувањата, особено малигните неоплазми на гениталните органи и дојката, раното откривање и лекување на другите заболувања, нивна превенција и спречување на можните последици по здравјето и животото на жената.

ЗДРАВСТВЕНА И СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА НА ДЕЦАТА И МЛАДИНАТА

Периодот на детството може да се подели на возрасни групи, иако строга граница околу периодите во детска возраст не треба да има. Но, заради специфичностите кои се јавуваат во обезбедувањето на здравствената заштита во одредена возраст од развојот на детето, неопходно е потребно поделба по периоди, и тоа:

⇒ **Пренатален (интраутерин) период** започнува од моментот на концепцијата (зачнување на плодот) па се до неговото раѓање. Во овој период наследните фактори се од голема важност во развојот на плодот. Исто така, и факторите на надворешната средина (исхрана на мајката, појава на заразни болести) имаат значајна улога за здравиот потомок.

⇒ **Перинатален период**- го опфаќа периодот на раѓањето на плодот. За добар развој на единката потребно е раѓањето да се одвива во здравствени организации со стручна помош.

⇒ **Постнатален период**- е периодот кој започнува по раѓањето на детето па се до навршување на возраст од една година. Овој период се дели на неонатален период (ја опфаќа возраста од пресекување на папчната врвца до 4 недели) и период на доенче (од 2 до 12 месеци).

⇒ **Период на мало и предучилишно дете** опфаќа возраст на детето од 1-3 години (мало дете) и од крајот на третата до 7 години (предучилишно дете).

⇒ **Период на училишни деца**- опфаќа возраст од 7-14 години.

⇒ **Период на младинец** - опфаќа возраст од 15-19 години, а за студенти до 26 години.

Возраста на адолесценција вклучува лица на возраст од 10-19 години. Во светот од вкупниот број на население 20% се адолесценти.

Здравствена заштита во постнаталниот период

Здравствената заштита во овој период се спроведува во детскиот диспанзер, домови за доечиња и мали деца, во детски болници и детски клиници. Детскиот диспанзер е во состав на примарната здравствена заштита и се состои од две организациони единици: советувашиште за здрави и амбулантно-поликлиничка служба за болни деца. Советувалиштето за здрави деца во својот домен на работа ги спроведува следните активности:

- Следење на психофизичкиот развој на доенчето и малото дете (тежина, висина и психомоторниот развој);
- Спроведување на задолжителна имунизација;
- Активно следење на децата со поголем ризик, со зачестени посети во советувашиштето;
- Водење на медицинска документација и евиденција на здравствената состојба;
- Здравствено-воспитна активност;
- Спроведување на патронажна дејност, чија основна задача е воспоставување на врска помеѓу советувашиштето и фамилијата, со извршување на посети во домот на доенчето, заради давање стручна помош на мајката, во врска со негата, доењето, облекувањето, хигиената и исхраната на доенчето и малото дете.

Здравствено-социјални установи за доенчиња, мали и предучилишни деца

Ваквите установи се формираат за обезбедување здравствена и социјална заштита на децата. Познати установи за прифаќање на децата се:

- Детски јасли- опфаќаат деца на возраст од 1-3 години, каде што се обезбедува престој, нега и воспитување на децата.

- Детски градинки- наменети се за престој на деца од 3-7 години, во кои се врши сместување, исхрана на децата, рекреација и воспитно-образовен процес.

Установи за сместување и грижа на социјално и здравствено загрозуени деца

Вообичаени форми за социјално згрижување кај нас се:

- Детски домови. Во нив се обезбедува здравствена и социјална заштита на деца на возраст до 3 години и социјално-педагошка функција за деца од 3-7 години. Овие домови се наменети за сместување на загрозуени деца (деца без родители, деца со нарушена здравствена состојба, вонбрачни деца и.т.н.);

- Детски колонии. Се тип на здравствено-социјална установа, во која се сместуваат деца по едногодишна возраст или пред тоа, И тоа деца кои веќе престојувале во детски домови. Овој вид установи се формираат во одредени фамилии, во одредено населено место, каде што живеат во услови на заеднички фамилијарен живот;

- Сместување во фамилии. Е сличен тип на здравствено-социјална установа како колониите, но без обврска за формирање фамилии во одредени населени места. За сместувањето на децата во посебни фамилии, тие добиваат дополнителни материјални средства од општеството.

Здравствена заштита на училишните деца и младинци

Дел од животот на училишните деца (7-14 години) се карактеризира со:

- Промени во тежината;
- Промени во висината;
- Промени во психосоматскиот развој.

Во периодот на училишното дете, заради динамичниот развој на соматскиот, емоционалниот и менталниот развој на децата, од голема важност е проучувањето на овие промени во периодот на пубертет. Периодот на пубертет се карактеризира со биолошки и физиолошки промени како резултат на развојните процеси во неуро-ендокриниот систем на човекот. Овој период кај женските деца се јавува од 8-13 години додека кај машките од 9-14 години. Пубертетот е значаен за детето, бидејќи се формира неговата личност, се формираат моралните норми, се изградува карактерот и поради тоа неопходно е потребна целосна грижа од страна на општествената заедница, здравствената служба, училиштето и семејството.

Училиштето е важен дел од животот на децата и игра образовна и општествена улога во формирање понекогаш и на доживотни навики. Училишната здравствена програма треба да обезбеди здрава и безбедна средина за децата, каде припаѓаат и санитацијата, безбедност од насилство и објекти за спорт и рекреација. Овие програми во образованието треба да обрнат внимание на личното однесување, комуникацијата со поединци и во семејството, сексуалните односи, правото да се каже не (при изложеност на притисок за консумирање алкохол, земање дрога или сексуални активности), одговорноста кон родителите, контрацепцијата, и превенцијата на сексуално преносливите болести. Земјите кои ги применуваат овие програми бележат значајно намалување на стапките на смртност кај овие возрасни групи, но проблемот со траумата и нејзините различни форми останува и натаму, однесувајќи голем број млади животи.

Периодот на младинец опфаќа возраст од 15-19 години, а за студентите до навршени 26 години. Со оглед на професионалната определеност на овој дел од популацијата, постојат три категории на младина:

а. Работничка младина- ова категорија на работници под 18 години, кои поради чувствителниот психо-физички развој треба да имаат посебна

грижа од општеството и работната организација. Грижата за овие младинци се состои од:

- Спроведување на права од Законот за работни односи, како забрана на прекумерна и ноќна работа, забрана за распоредување на работни места со зголемена опасност по здравјето на младинецот, право на годишен одмор и др.;

- Обезбедување права од здравствената и социјалната заштита во поглед на спроведување на редовни систематски прегледи, грижа за обезбедување соодветни услови за живеење и здравствено-воспитна активност.

б. Селската младина е значајна поради условите во кои живее и работи. Употребата на современата механизација и новите агротехнички мерки, со се поинтезивниот развој на земјоделството се зголемува ризикот од повреди и заболувања. Правата од здравствената и социјалната заштита треба да се изедначени со правата на работничката младина.

с. Студентска младина. Голем број од учениците го продолжуваат своето образование на високите школи и факултетите. Општествената заедница треба да им обезбеди права од областа на здравствената и социјалната заштита, материјално да ги помага студентите преку студентски кредити и стипендии, и да им обезбеди услови за сместување во студентски домови.

Здравствената заштита на училишните деца и младинци се обезбедува во **училишниот диспансер**, кој ги спроведува следните активности:

- ✓ Систематски прегледи, за рано откривање на патолошките промени и промените кои се јавуваат како резултат на брзиот физички, емоционален и психички развој на децата;

- ✓ Имунизација според календарот;

- ✓ Здравствено воспитание со теми актуелни за оваа возраст;

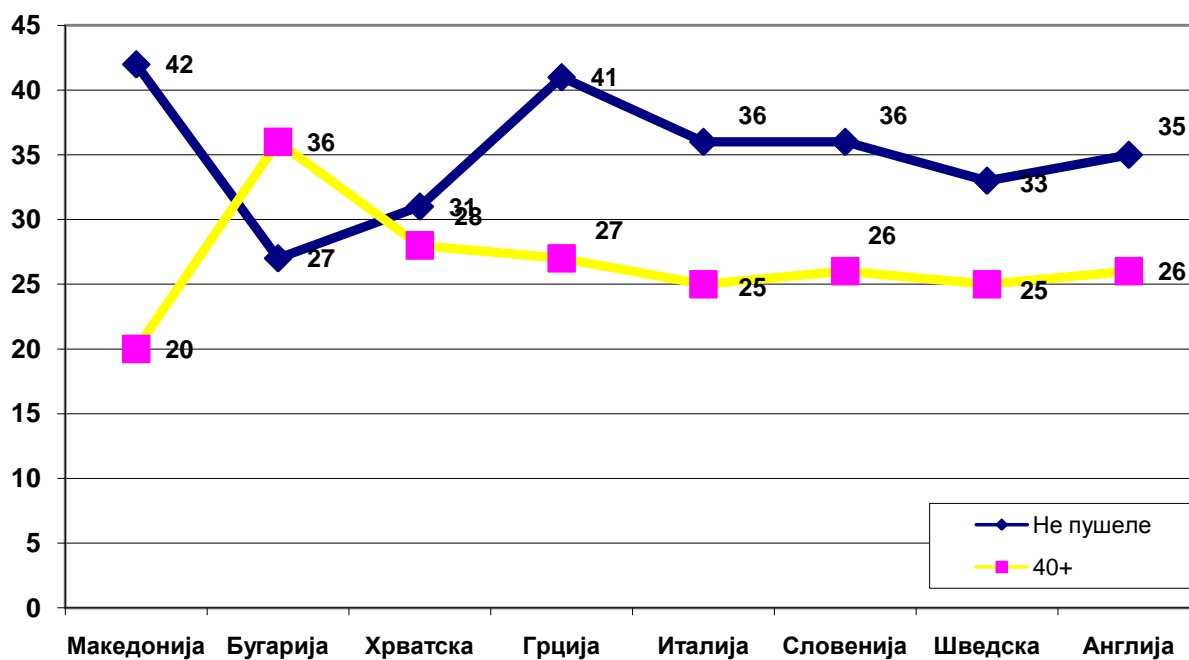
- ✓ Примена на санитарно-хигиенски мерки со обезбедување поволни хигиенски услови во училишната средина;

- ✓ Прегледи, лекување и рехабилитација;

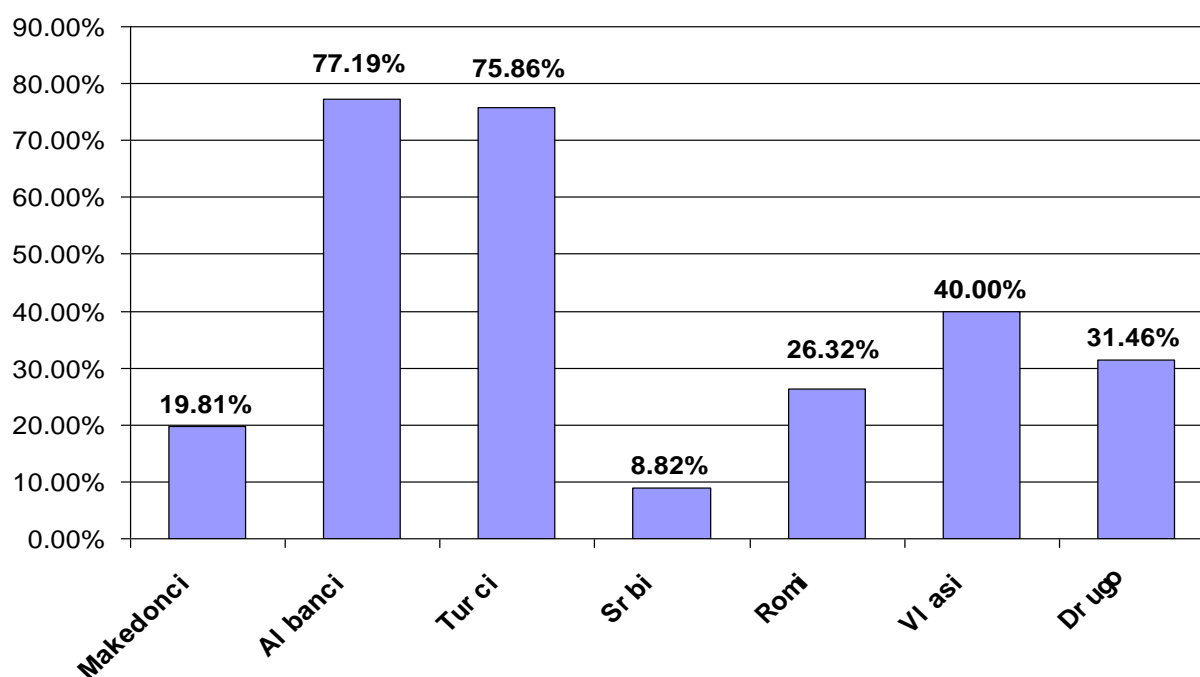
- ✓ Стоматолошка заштита;
- ✓ Здравствена контрола на персоналот.

Пушењето, алкохолот и дрогата се меѓу најзастапените придружни фактори за болест и смрт во современото општество. Овие форми на лично однесување кои предизвикуваат болест и предвремена смрт, претставуваат голем општествен товар. Најчесто започнуваат во доцното детство или преадолесценцијата, а нивните здравствени ефекти имаат влијание и во возрасното доба.

Застапеност на пушачи/непушачи на 16 год. возраст, 1999



Не пиеле алкохол 16 год. возраст, етничка припадност во Македонија, 1999



ЗДРАВЈЕ НА ВОЗРАСНИ

Здравјето на возрасните меѓу 25 и 64-годишна возраст е важно за благосостојбата на семејството и општеството. Оваа возрасна група го претставува работоспособното население. Лошото здравје на оваа возрасна група води кон намалена продуктивност и зголемено отсуство од работа, што води до загуби за семејството и општеството. Мажите се поподложни на предвремена смрт и зголемен ризик од разни болести (КВБ, рак), насилство и траума, самоубиства и професионални болести. Ова ја нарушува половата рамнотежа и доведува до поголема застапеност на женскиот пол во постарите возрасни групи, а од друга страна доведува до загуба на голем дел од семејниот буџет, како и на продуктивноста на општеството. Превентивните и други мерки имаат цел да се создадат здрави и способни возрасни генерации што има здравствена вредност, но и социјална, економска и одбрамбена вредност за заедницата. Програмите за намалување на морбидитетот и морталитетот кај возрасните лица подразбираат:

- ✎ Престанок со пушење;
- ✎ Здрава исхрана (со малку масти, умерени количества јаглехидрати, многу овошје, зеленчук и растителни влакна);
- ✎ Дневна физичка активност (30 минути умерена активност секој ден);
- ✎ Безбедност на патиштата (на пр. појаси, умерена брзина, забрана за употреба на алкохол);
- ✎ Заштита при работа;
- ✎ Намалување на насилството;
- ✎ Медицински прегледи;
- ✎ Скрининг и контрола на хипертензија кај целото население;
- ✎ Скрининг и контрола на малигни заболувања кај високоризичните групи;

- ⇒ Справување со хроничните болести;
- ⇒ Служби за душевно здравје и справување со општествен стрес;
- ⇒ Добра контрола и превенција на заразните болести;
- ⇒ Социјални и рекреативни активности и групи за поддршка;
- ⇒ Вработување, економска можност и општествена еднаквост.

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА РАБОТНИЦИ

Поимот работник опфаќа не само индустриски работник, туку секој што со својот личен труд ствара добра или придонесува за стварање добра на друг начин. Според тоа има:

- работници во индустријата и рударството,
- земјоделци,
- занаетчиски работници,
- работници во сообраќајот, трговијата и услужните организации и установи,
- административно - управни работници,
- стручњаци, уметници и други интелектуални работници.

Медицината на трудот, како клиничко-превентивна медицинска наука, има за цел унапредување и чување-одржување на највисоко можно ниво како на физичкото и менталното здравје на активното население така и на неговата социјална благосостојба, преку создавање такви услови за работа во кои човекот, во текот на производниот век, ќе може да постигнува оптимални ефекти во работата и притоа ќе го зачува своето здравје, психофизичкиот интегритет и работната способност.

Нејзина субдисциплина е **екологија на трудот**, која го проучува меѓусебниот однос на организмот на човекот производител и работната средина, професионалните штетности во работната средина и методите и постапките за нивно контролирање заради намалување на ризикот од професионални заболувања, како и за рано откривање и лекување на професионалните оштетувања.

Професионални оштетувања се сите оштетувања на човечкиот организам, предизвикани од разни видови професионални штетности во работната средина.

Според начинот на настанувањето и динамиката на морбидните збиднувања во организмот, професионалните оштетувања можат да се поделат на две групи: повреди на работа (професионален траматизам) и професионални болести.

Професионалниот траматизам е важен социјално-медицински проблем. Причините најчесто се поврзани со факторот човек, а потоа со факторот машина и работна средина, организација на работата, технолошкиот процес, социјално-економските услови на живеење итн.

Професионалните болести, според видот на штетниот агенс со кој се предизвикани, можат да бидат:

а) професионални болести од хемиски средства (труење со Pb, Hg, As, фосфорни соединенија, CO₂, Cr и соединенија, Ni соли, Mn, Fe соединенија, бензол и негови хомолози, нитро и аминок-деривати на ароматични јагленоводороди (JB), феноли и халогени деривати на JB, токсични пари и гасови, а во производството на лекови и дроги - еметин, кинин, алкалоиди, опиум, кокаин и др.;

б) професионални болести од физички агенси: топлина, ултравиолетови и јонизирачки зрачења, промени на атмосферскиот притосок и др.;

в) од биолошки агенси: антракс, тетанус, бруцелоза;

г) професионални болести од специфични услови при работа: хронични и рецидивирачки дерматози, пнеумокониози, воспаленија на зглобови и тетиви од вибрации, оштетување на слухот од бучава, оштетување на видот од јако светло, надрознувачки пари или прашина, и др.

Основни групи мерки за здравствена заштита на работниците се:

- контрола над здравјето и условите на живот и работа на работниците;
- мерки за унапредување на здравјето на работниците на работното место;

- ⇒ општи мерки за унапредување на здравјето на населението воопшто;
- ⇒ мерки за заштита на специјално изложени или осетливи групи работници, како што се ученици во стопанството, младина, жени, а посебно трудници и мајки, инвалиди и стари работници.

Постои цел систем на права поврзани со работниот однос, 42 часовно работно време, дневен, неделен и годишен одмор, материјално обезбедување при невработеност, пензиско и инвалидско осигурување и сл.

Работникот има право на материјален надомест (80% од плата) при отсуство од работа поради болест (боледување), а при професионална болест или повреда на работа надоместот е 100% од остварена плата во последните 3 месеци.

Постојат законски одредби и прописи со кои се одредуваат правата и должностите на работникот, работните организации, работодавецот и заедницата. На работниците им е обезбедена здравствена заштита преку системот на здравственото осигурување за работниците и членовите на нивните семејства.

Работната организација треба да спроведува општи хигиенски и санитарни мерки за промоција на здравјето, заштита од професионални болести и оштетувања (супституција, автоматизација, херметизација, сепарација и дилуција), обезбедување лични заштитни средства (заштитни облека, кремове за раце и кожа, средства за заштита на очите, ушите и респираторниот систем и сл.), спречување на повредите со избор на нови помалку опасни машини и технологии и обука на работниците за техниките на безопасно работење и лична заштита, колективна исхрана и услови за рекреација и други мерки.

Превентивните медицински прегледи опфаќаат:

- прегледи пред вработување
- претходни медицински прегледи

- систематски медицински прегледи
- периодични медицински прегледи
- вонредни медицински прегледи, и
- контролни медицински прегледи.

Основни организации за здравствена заштита на работниците се:

1. Здравствена станица во работна организација врши:

- прегледи пред вработување,
- редовни систематски и периодични прегледи,
- ги следи хигиенските услови на работа,
- рано откривање и лекување на професионални и други болести,
- пружање прва помош,
- презема превентивни мерки за спречување на професионални и други болести,
- врши здравствено воспитна работа;

2. Здравствена станица во состав на здравствен дом;

3. Диспанзер за медицина на трудот во состав на здравствен дом;

4. Завод/ Оддел за медицина на трудот во Заводот за здравствена заштита;

5. Институт за медицина на трудот.

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА СТАРИТЕ ЛИЦА

Демографска граница за старост е 60, односно 65 години (60-64 почетна старост, а лица од 65 и повеќе години се стари лица; возраста од 65-74 г. е рана старост, 75-84 изразена, а 85 г. и повеќе е длабока старост). Биолошката старост не е секогаш во корелација со демографската старост поради големи варијации во способностите на поединци од иста возраст. Проучувањето на промените кај старите лица има големо социјално-медицинско значење, заради бројните карактеристики што ги има оваа категорија од населението како: промените во меморијата, отежната комуникација со околината, самоизолација, забавеност на реакциите, намалување на сите функции и сл.

Процент на стари лица над 65 години во Р.М. од вкупниот број на население

Година	% на стари лица над 65 години од вкупниот број на жители
1961	5.33
1981	6.72
1994	8.46
2000	9.5
2002	10.6

Карактеристично за старите лица, покрај продолжувањето на должината на животот, е зголемениот ризик за заболувања, мултиморбидност, атипична симптоматологија, изменето реагирање на терапија, како и здруженост на здравствените со социјални проблеми.

Најчести заболувања кај старите лица се: болестите на кардиоваскуларниот систем, респираторниот систем, генитоуринарниот систем, малигните неоплазми, болести на нервниот систем и сетилата, болести на мускуло-скелетниот систем, повреди, ревматски заболувања, депресија, деменција и др.

Целта на здравствената заштита, според СЗО, е да го продолжи животот (додавање години на животот), но и да се подобри квалитетот на живеењето (додавање живот на годините). Мерки на превенција кои се превземаат кај старите лица се:

1. Мерки на примарна превенција

Целта на примената на овие мерки е зачувување и унапредување на здравјето и спречување на настанување на болест. Тука спаѓаат:

- ◆ Промоција на здравите стилови на живеење
- ◆ Правилна и урамнотежена исхрана
- ◆ Фортификација на храна (Fe, J, vit. B-complex, C, D, i E)
- ◆ Оптимален режим на секојдневна физичка активност,
- ◆ Општи хигиенски мерки и мерки за лична хигиена
- ◆ Борба против факторите на ризик (зголемен крвен притисок, пушење, алкохол, зголемен холестерол и шеќер во крвта, физичка неактивност, зголемена телесна тежина,...)
- ◆ Превенција на повредувањата во домот и сообраќајот
- ◆ Превентивна вакцинација против грип
- ◆ Социјална поддршка во општеството, локалната заедница и семејството (клубови, сервиси, НВО, пријатели, позитивен семеен живот)
- ◆ Формирање социо-геронтолошки служби и установи (домови за стари, клубови за пензионери, негователски и сервисни служби за помош и нега на стари лица во нивните домови)

♦ зголемена пристапност кон здравствената заштита и здравствените услуги

2. Мерки на секундарна превенција

Цел на овие мерки е рано откривање на болестите и благовремено лекување за да се спречи настанување на физичка, психичка и социјална декомпензација на заболеното старо лице, да се спречи предвремено (патолошко) стареење и да се зачуваат функционалните способности и самостојност за извршување на секојдневните животни активности. Тука спаѓаат:

- Контрола и надзор над здравјето со систематски прегледи, 2 пати годишно, скрининг за рано откривање на разни болести и благовремено преземање мерки за лекување и контрола;
- Рационална терапија со ординирање минимум најнеопходни лекови;
- Претпазливост и сериозност за санирање на патолошките состојби, дури и “ситни компликации” и “банални состојби” (преладување, грип, инфициран нокт, почетен декубитус и сл.);

3. Мерки на терциерна превенција

Цел на овие мерки е да се постигне самостојност за живот и независност од околината на старото лице за туѓа помош и нега. Тука спаѓаат:

- ♦ Рехабилитација (физичка, психичка и социјална) и
- ♦ Мерки на поддршка - сапортација (фамилијарна, институционална, хуманитарно-волонтерска, донаторство и спонзорство).

ЗДРАВСТВЕНА И СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА НА ЛИЦАТА СО ПОСЕБНИ ПОТРЕБИ

За лицата со посебни потреби има различни термини:

- хендикепирани лица
- инвалидизирани лица
- физички и умно дефектни лица
- лица со недостатоци и неспособност
- лица заостанати или попречени во психофизичкиот развој, и
- лица со посебни потреби.

Во светот се проценува дека има над 500 милиони инвалидизирани лица, или околу 10% од населението во било која држава. Се очекува натамошен пораст на бројот на лица со посебни потреби а како причина за тоа се: продолжување на животниот век; зголемени ризици и зголемен број на повреди на работа, во домот, сообраќајот, училиштето; насилство, терористички напади и војни; преживување на поголем број на деца со здравствени проблеми кои не можат да се излекуваат со современите средства и децата морат да живеат со нив (шеќерна болест, конгенитални малформации, алергии и сл.).

Како најчести оштетувања или дефектности се јавуваат:

↳ **Глувонемост** поради вродена или стекната глувост кај деца до 4 год. Ако детето не е ментално заостанато може делумно да се оспособи за говор, а секако во голема мерка за практичен секојдневен живот и работа, во специјални заводи за глувонеми;

↳ **Слепило**, може да е вродено или стекнато. Кај слепите лица многу јако се развиваат сетилата за слух и допир. Тие може да се оспособат за многу практични занимања и за интелектуална работа, во специјални институции за слепи, со посебна обука и со помош на специјална азбука и

букви што се читаат со допир, како и со други современи методи и со компјутерска технологија

↳ **Инвалидност**, наследна или стекната од повреди при раѓање, на работа, во сообраќајот, во војна и др.

↳ **Умно дефектни** - ментално заостанати, тежок проблем од наследни фактори или надворешни причини (1% од население). Рехабилитација и социјализација во семејството или во посебно опремени институции со стручен кадар, а потешки случаи и опасни по околината во психијатриски болници;

↳ **Воспитно-запуштени лица**, особено деца, е посебен вид дефектност, која е последица најчесто на посебни услови за живот и социјални прилики во семејството и општеството. Обично тоа се деца напуштени од родители, деца без мајка или без два родители, кои во лоша средина стануваат склони кон криминал, прекршоци и судири со општеството воопшто. Тоа се личности што не се во состојба да се адаптираат.

Секое лице има право максимално да ги развие своите преостанати физички и умни способности и тогаш кога веќе настанале извесни оштетувања. Потполна здравствена заштита е можна само ако се решаваат и низа социјално-економски проблеми кои се причина или последица на дефектноста. Голем број оштетувања можат да се превенираат примарно (да се спречи да дојде до дефектност), а сите можат да се превенираат секундарно (рано откривање, рана дијагноза и третман со цел за ограничување на трајните последици од веќе настанатите оштетувања).

Мерки и цели за заштита на лицата со посебни потреби се:

1. Примарна превенција:

- Одредување на инциденцата и причините што доведуваат до дефектност;

- Превенција на оштетувањата со одредување мерки за отстранување на тие причини во тек на пренаталната заштита, стручна помош при раѓањето, едукација за самозаштита и превенција на повредите воопшто, рана дијагноза и третман на заразните болести, интоксикациите и сл., и намалување на % на новородени со ниска телесна тежина.

2. Секундарна превенција:

- Рано откривање на оштетувања и неспособност за извршување на нормални активности уште во периодот на доенче и детство до 6г. е можна на ниво на ПЗЗ со основање специјалистички дијагностички центри за дефектност со различни стручњаци (неонатолози-педијатри, ортопеди, ОРЛ, офталмолози, психијатри и др.), како и со програми за рана дијагноза на оштетувања на вид, слух, луксација на колк, метаболитички нарушувања, фенилкетонурија, Down-ов синдром и др.

- Благовремено лекување и медицински третман на сите нивоа, но лекарот по општа медицина има најголемо значење за утврдување на овие состојби и отпочнување третман и долготрајна рехабилитација, со поучување на мајките (родителите) и наставниците за правилен пристап кон овие лица.

3. Терциерна превенција:

⇒ **Рехабилитација:** Може да биде медицинска, психичка, социјална и професионална, со учество на стручњаци од повеќе профили (лекари и физиотерапевти, социјални работници, наставници, психолози, социолози, правници, инструктори за работни вештини и др.) со цел максимално да се искористат преостанатите функции на оштетениот организам и од лицата со посебни потреби да се направат корисни и способни членови на заедницата

⇒ **Сапортација:** Решавање на емоционалните, воспитни и социјални проблеми на дефектните лица; вклучување во нормалниот систем на школување или во специјализирано образование, квалификација во

заштитни работилници за работа во посебни или нормални услови, но и законски олеснувања за преквалификација и вработување заради создавање економска сигурност и свест за сопствената вредност; приспособено домување и околина за подобар квалитетот на животот; вклучување во семејството и социјалната средина и заедницата, и во разни здруженија (глуви, слепи,...); формирање служби за совети и помош; специјални возила/ седишта во јавниот превоз, звучни семафори и др.

ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА И МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

Медицинската едукација претставува стекнување на научен начин на размислување и дејствување, прифаќање на нормите на професионалното однесување и вклучување во одреден систем на здравствената служба.

Специфичности на медицинската едукација

Медицинската едукација во светот има одредени заеднички карактеристики и поставки што се и во врска и со специфичната здравствена култура, традиција и наследство. Медицинската едукација денес речиси во сите земји се базира на научните поставки на медицината и настојува да го достигне идеалниот лик на лекарот на своето време. Натпреварувањето меѓу моменталните интереси на медицинската професија и актуелната здравствена политика на секоја земја исто така има влијание на начинот на образование на лекарот. Медицинскиот напредок е во подем што го доведува медицинското образование на чести ревизии на програмите и на тнр. реформи на студиите. Во тој процес се појасна е тенденцијата за изедначување на студиите како би се овозможило послободно меѓународно вработување, подобро меѓусебно разбирање, размена на искуства и искористување на научните резултати.

За полесно разбирање на денешната состојба во медицинскиот студиум добро е да се разликуваат четири негови дела:

- 1.Учење на основните науки;
- 2.Предклинички медицински предмети;
- 3.Студиум и пракса од клиничката медицина;

4.Група на предмети од јавното здравство кои се занимаваат со примената медицина во заедницата, а не само на поединецот.

Во повеќето развиени земји медицинскиот студиум денес трае шест години. Во Европската заедница е дадена директива медицинските студии да имат најмалку 5400 часови настава во текот на шест години. Поради различните образовни системи во едни земји тоа е единствен студиум, а во други е поделен на настава во колеџите (виши студии), во кои се учат основните медицински науки и тнр. предклинички предмети (биологија, биохемија, психологија, социологија) и во медицинските училишта во кои се учи и практикува клиничката медицина преку работа во болниците. Во поново време има се повеќе настава во вонболничката здравствена практика кај лекарите по општа/семејна медицина. По основните додипломски студии лекарите имаат стаж од 6 месеци по кој го полагаат државниот стручен испит и се стекнуваат со работна лиценца. Работната лиценца (во Македонија) се обновува на секои седум години со собирање на поени во рамките на континуираната медицинска едукација. По тоа следат специјализација (4-7 години) и докторски студии.

Бројот на часовите и начинот на поврзување на содржините на студиумот е многу различен. Во земјите од Европската заедница во 1991 год. во рамките на проектот Еразмус започна размена на студентите меѓу земјите од Европската заедница. Сето ова е со цел на создавањето на подобро меѓународно разбирање и стручно заедништво.

Современи промени и реформи во медицинската настава

Во текот на осумдесетите години Светската федерација за медицинска едукација иницираше расправа за состојбата и развојот на медицинското образование во светот. По расправата во државите и религиите во светот во 1988 г. во Единбург е одржана Светската конференција за медицинска едукација. Тогаш се резимирани заклучоците и е објавена Единбуршката декларација за медицинска едукација во која јасно се означени современите тенденции за развој на медицинското образование и за начините за негово подобрување. Во 1993 г. во Единбург

е одржан состанок на претставниците на 80 земји и претставниците на агенцијата на Обединетите нации (World Summit on Medical Education) на кој се донесени препораки за начинот на спроведување на Единбуршката декларација и за новите предизвици пред медицинското образование по општествено-политичките промени во земјите со поранешно социјалистичко уредување, со тежиште на воведување на либерализам и пазарни механизми во здравствената и социјалната заштита. Во документите од состанокот се истакнати новите предизвици кои стојат пред медицинската едукација поради стареењето на населението, реформите во здравството, неурамнотежениот однос меѓу бројот на специјалистите и лекарите по општа медицина, воведувањето и оценувањето на новите медицински технологии кои силно продираат во животот на луѓето како и одговорот на медицинската професија на ширењето на пандемијата на АИДС и другите современи предизвици во здравствената заштита на населението.

Целта на медицинското образование е едукација на доктори кои ќе го унапредат здравјето на сите луѓе, а таа цел на многу места и покрај големиот напредок на биомедицинските науки во текот на овој век не се реализира. Пациентот мора да има можност да има лекар кој е едуциран како внимателен слушател, грижлив набљудувач, чувствителен соговорник и ефикасен клиничар. Секојдневно илјадници луѓе страдаат и умираат поради болести кои можат да се спречат, кои се излечиви или кои тие сами себеси си ги нанеле, а милиони немаат можност за пристап до здравствена заштита од било кој вид.

Тие недостатоци се утврдени уште одамна, но немаше значителни успеси во настојувањето да се воведат поголема општествена свест во медицинските училишта. Тие факти сепак доведоа до поголема внимателност во медицинската едукација кон праведноста и еднаквоста во здравствената заштита, кон хуманоста во работата на здравствената служба и кон општествените трошоци за здравствена заштита.

Научните истражувања носат многу корист, но на човекот му треба повеќе од самата наука, па наставниците по медицина мораат да појдат од здравствените потреби на целото човештво и истовремено на поединците како потполно комплетни единици.

Со декларацијата на Единбург учесниците се обврзаа и повикаа на поддршка за промени на карактерот на медицинското образование што истото поуспешно ќе ги задоволува основните потреби на општеството. Тие исто така се обврзаа дека ќе ја создадат потребната организациона рамка за остварување на декларацијата во праксата.

За разбирање на опишаните промени и тензии корисно е по периодот на традиционалните форми на студии да се разликува периодот на модерен приод кон медицинското образование и новите тенденции во постмодернизмот. Таквото гледање е оправдано бидејќи упатува на тоа дека медицинскиот студиум е само дел од општите културни случувања.

Модерниот период на медицинското образование започнува на почетокот на 20 век кога медицинските училишта во своите наставни програми воведоа настава од природните науки. Најважната таква реформа е врзана за името на A.Flexner кој во 1910г. ја истакнал важноста на научниот приод на медицината и потребата од воведување на предмети од природните науки. Интересно е што својот предлог тој го изведува од општествената одговорност на медицинското образование:

“Медицинската професија е општествен орган кој не е создаден поради задоволување на склоностите и изборот на одредени поединци, туку како средство за унапредување на телесната сила, среќа и државна/општествана независност и успешност.”

“Лекарот е општествен инструмент. Кога болестите не би постоеле не би имало ни доктори. Болестите може брзо да го совладат човековиот организам така да општеството мора да се осигура од непотребните губитоци ...”

Во тоа време таквиот став во Канада и Америка каде што реформата имала најголем отсек значеше првенствено желба за

образование на поголем број клинички ориентирани лекари, кои во својата работа ги применуваат научните методи и критично ги оценуваат своите успеси. Тенденцијата на новата ера го помогна интензивниот развој на медицинската технологија и доведе до објективно подобрување во клиничката пракса. Од друга страна постојат и одредени негативности: ширење на механистичките сфаќања за функциите на човекот, намалување на способноста за комплексно, интегрирано сфаќање на медицината, ставови кои доведуваат до запоставување на хуманите вредности и автономијата на пациентот, до преценување на технологијата, до така наречено медиализација на животот. Освен тоа се шири сфаќањето за намалената улога на лекарот кој постепено се претвора само во техничар, стручњак за примена на научно разработените постапки. Во образованието дојде до запоставување на пошироките воспитни влијанија на работата на студентите со другите луѓе до тоа што се запоставуваат сфаќањата и забележувањата на нивните потреби, почитувањето на нивната личност и помагањето во настојувањето да си помогнат самите себеси.

Токму поновите реформи во медицинските студии настојуваат да се поправат тие грешки. Обидите одат во неколку насоки:

1. Поврзување на медицинските факултети со системот на здравствена заштита;
2. Воведување на нови наставни методи;
3. Мултипрофесионално студирање;
4. Запознавање со економските аспекти на здравството;
5. Подучување за професионална етика.

Поврзувањето на медицинските факултети со системот на здравствена заштита значи дека единиците на факултетот учествуваат во сите форми на здравствена заштита и непосредно се одговорни за истите, така што студентите може да учествуваат во медицинската практика во реални и животни рамки и на одговорен начин. Се зборува и пишува за училишта кои се темелат на заедницата (community based) и такви кои се

ориентирани кон заштита во заедницата (community oriented). Постојат околу 250 такви училишта во светот како во развиените така и во земјите во развој.

Најважна улога од наставните методи секако има клиничката практична работа и учење во тек на стручната работа која се смета за незаменлив начин на учење во медицината, бидејќи само така може да се научи начинот на разбирање и препознавање на проблемите во сложените прилики на човековиот живот, а посебно начинот на помагање и медицинските интервенции во контекст на конкретните прилики. Поради тоа многу медицински факултети воведуваат работа со пациенти многу рано во студирањето. Кај нас спроведувањето на практичната работа по повеќе клинички предмети е се уште недоволно и повеќе се сведува на набљудување и вежбање на оделни зафати отколку на смислена и одговорна задача на студентите. Теоријата е важна, но без пракса не е доволна.

Учење преку решавање на проблеми

Главна улога во наставата се смета дека треба да им се даде на студентите како активни субјекти, па методите на учење да се разработуваат според интересот на одделни студенти и да се поттикнуваат нивните иницијативи. Тој приод стана популаран како учење преку решавање на проблеми (Problem Based Learning). Само десетина факултети во светот имаат наставна програма создадена потполно и исклучиво за активно учење со помош на решавање на проблемите практично без предавања и други форми на настава *ex cathedra*. Одделни од тие факултети се познати и имаат низа на завршени студенти: Канада (McMaster), Холандија (Maastricht), Израел (Beer Sheva), Норвешка (Tromsø), итн. Во тие факултети целата наставна програма се состои од блокови во кои студентите имаат зададени проблеми кои треба да ги решат во групи од 8 студенти, кои имаат ментори и со кои соработуваат и поставуваат прашања на кои не можеле да најдат одговор во

литературата. Нема предмети по научните или стручните дисциплини, туку се студира поаѓајќи од прашања какви што се јавуваат во праксата. На пример ги нема предметите физика, социјална медицина, анатомија, физиологија, туку блоковите се како *губење на крв, пречки во стомакот, замор и губење на телесната тежина*. На медицинскиот факултет на Суецкиот канал во Египет студентите добиваат и ваков проблем: Вакцинирано е дете од 4 месеци по што добило температура. За да се одговори на тоа прашање студентите во тек на една недела мораат добро да го формулираат проблемот и распределат работите, да најдат и научат што се вакцини, против што и како се вакцинираат децата во првата година од животот, имунолошките процеси по вакцинацијата и различните можности детето да добие температура по вакцинацијата. Задачата на наставникот е да ги формулира прашањата така да студентот откако ќе ги реши проблемите се стекне со знаење за сите битни поими како и да знае каде можат да се најдат податоци за тоа. Во подоцните години има се повеќе практична настава каде се применуваат стекнатите знаења. Истражувањата покажуваат дека студентите со овој начин на студирање не заостануваат од другите, полесно ги применуваат научните факти и не се плашат од непредвидливите проблеми во текот на праксата. Студентите се оспособуваат како да се справат со новите научни факти, каде можат да ги најдат и како да ги применат, критички оценат пред воведување во пракса.

Старото искуство дека медицината е доживотен студиум (*Ars longa, vita brevis-Hipokrat*) денес покрај развојот на новата технологија и комуникација добива нова димензија. Се препорачува оспособување за трајно учење што вклучува познавање на изворите на податоците и селекција на она што е важно и битно. Меѓународната соработка во медицината денес е значително голема, поради што е неопходно познавање на странски јазик. Речиси 80% од литературата се објавува на англиски јазик.

Компјутерската и видео технологијата паралелно со развојот на неинвазивните методи кои се базираат на анализа на слики (пр.

Imageexperimentehnologia – ултразвук, молекуларна резонанца и др.) доведуваат до нови форми на учење и документација во медицината. Можноста до тридимензионален приод до сликите на било кој дел од организмот дава ново мислење за структурата и функцијата на телото. Развојот на телемедицината од друга страна овозможува консултација на лекарите на далечина и развој на учењето на растојание (distance learning). Најголемата разлика меѓу додипломското и посдипломското учење не е само до технологијата, туку особено од знаењето кое треба да се учи од сопствените искуства. Додека во додипломската настава се учат научните структури и начелата на етичките вредности, во постдипломската работа во усовршувањето на докторот станува битно да се оцени веројатноста на појавата и прогнозата како и користа од интервенцијата врз основа на сопствените и туѓите искуства. Учење на старото на нов начин може да има и спротивен ефект и да доведе до чувство на несигурност. Потребно е да се усоврши критичкиот осврт за сопствената практика и да се унапреди познавањето на веројатноста на одделните појави, проблеми, болести, како и корисноста на пациентите од оделни постапки на лекарите. Додека студентот по медицина ги учи симптомите на одделни болести и нивното разликување, соодветна терапија, во подоцнежниот професионален живот се поважно е тој да знае да провери која е веројатноста за одделните појави и која е користа од одредено лекување. Сето тоа го остварува врз основното искуство како и врз искуството на другите колеги.

Во контекст на соработка во текот на студирањето, па и потоа, повеќе училишта во светот се обидуваат да воведат *мултипрофесионално студирање* на лекарите со другите здравствени работници. Беше потребно повеќе од 10 години да таквиот студиум да проработи кој беше најрадикален во Европа, како регионално Здравствено училиште во Линкопинг – Шведска, каде лекарите заедно се едуцираат со медицинските сестри, физиотерапевтите, лабораториските техничари, социјални работници. Учењето се спроведува со опишаната метода на решавање на проблемите и со рано воведување на пациенти во

наставниот процес. Тежиште е особено ставено на примарната заштита, превентивна медицина, ориентација на заедницата. Дополнителна карактеристика е заедништвото на различни профили на здравствени работници кое се постигнува со заедничка воведна настава, заедничка настава за одредени теми, интензивно перманентно оспособување за комуникација и тимска работа. Сепак постојат и традиционални отпори кон таквите промени, но постојат и настојувања промените да бидат прифатени во многу училишта. Кај нас постојат обиди за мултипрофесионална едукација, но сепак едукацијата на лекарите е одвоена од другите здравствени работници иако има заеднички наставници за двете групи.

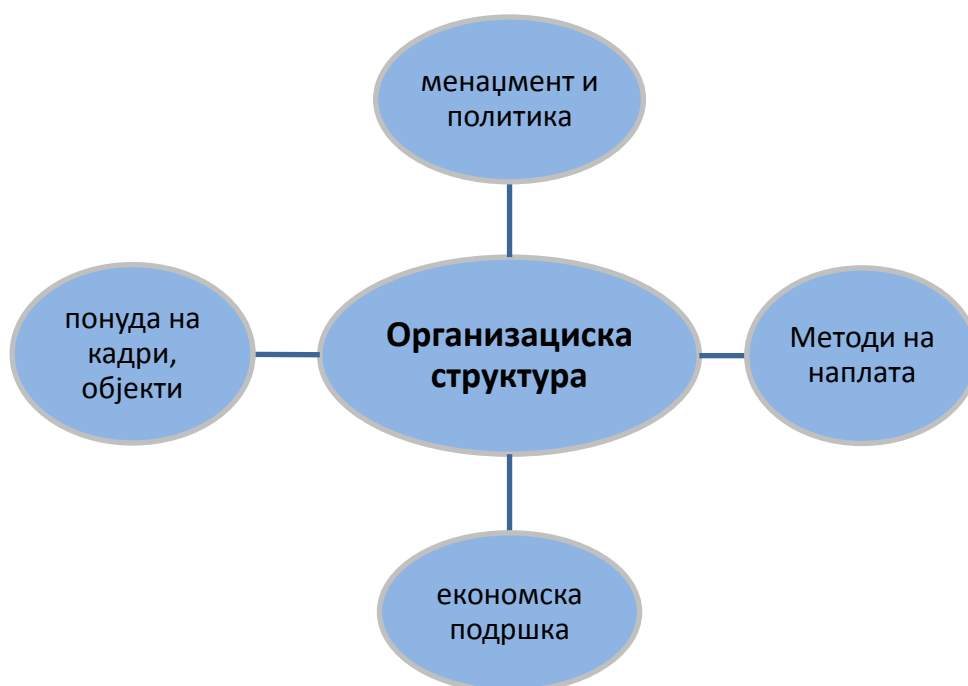
Цената на медицинското дејствување станува се поголема. Здравствената заштита со оглед на средствата кои се циркулираат во неа и со оглед на другите форми на производство (фабриките за медицински лекови, опрема и сл.) во најразвиените земји станува дејност со најголеми концентрации на капитал. Според прогнозите тие тенденции и покрај мерките кои се преземаат и понатаму ќе растат, при тоа моќта на лекарите е голема. Тоа се отчитува во обратот и насочувањето на големи средства со помош на голем број наизглед ситни стручни решенија за лекување, работна способност и за препораките за лекување. Се поголемата здравствена потрошувачка го поставува прашањето за рационалноста во трошењето на средствата, па во медицинските студии се воведуваат елементите на здравствен менаџмент и управување со здравството. Порано се сметало дали е потребно лекарот да размислува за цената на лекот и лекувањето или да ги дели пациентите на сиромашни и богати. Молчењето за тие принципи во текот на студирањето се повеќе се оддалечувало од праксата, па лицемерието почна да ги нагризува и етичките начела и чесноста на струката. Поради тоа, иако се уште внимателно, преовладува мислењето дека во образованието на лекарот мора да се вклучи и сфаќањето за цените на одделни постапки и трошоците кои ги создава лекарот со своите постапки.

Во најново време во медицинскиот студиум повторно се истакнува големото значење на *професионалната етика*. Тоа се појавува паралелно со тоа колку чини здравствената заштита, како и со се поголемиот број на етички дилеми во врска со подемот на технологијата во медицината (одржување на коматозни болни без мозочна функција, одржување и покрај страдањата на пациентот и спротивно неговата волја), како и вештачко оплодување, трансплантација на органи, спроведување на научни експерименти врз пациентите и сл. Таа тенденција со ширењето на пазарното влијание во современите реформи на здравствената заштита особено се актуелизираше. Во новите услови, одговорноста на медицинската професија за социјална праведност и рамноправност на луѓето во здравствената заштита расте. Лекарската пракса бара и познавање на етичките права, морални ставови на лекарите. Тие бараат поголемо внимание и воспитување во периодот на додипломската настава, а исто така подоцна и поактивен став на медицинската професија на етичките пропусти на одредени членови. Искуствата покажуваат дека не е доволно само учење на принципите туку и нивна примена во праксата во сите предмети и на нивно учење на студентите. Неколку истражувања во САД покажаа дека студентите по медицина во голем број во првите години од студиите продолжуваат со вообичаеното ученичко мамење, кое по својот карактер не е злонамерно и не им штети на други туку повеќе на оној кој мами. Од таа група (10-15%) своето мамење го продолжуваат и во клиничкиот дел на студирањето со тоа што е на штета на лекувањето и на пациентот. На пример, во приказот на состојбата на пациентот се кажува за извршени постапки кои не се, дека сигурно се располага со одредени податоци, а за кои не се знае и сл. Резултатите од истражувањата покажуваат дека од таа група (за среќа неколку проценти) се јавуваат такви кои ги кршат етичките принципи и по дипломирањето. Се покажува дека наставата за етика без силни морални корени кај студентот е неуспешна, но тоа не го прави само наставата туку и учеството во активна работа со пациенти и воспитни мерки во текот на студиите.

Современите сознанија за медицинското образование накратко може да се прикажат со споредба на студиите со откривање на некој нов континент. Од далеку од бродот на кој пловиме се гледаат само врвовите, спектакуларните успеси на современата медицинска наука и технологија. Кога ќе се приближиме гледаме дека тие успеси лежат на искусното решавање на лекарот, а кога ќе се приближиме уште поблизу станува јасно дека такво искуство не би можело да има без активно забележување и сфаќање на лекарот, а особено без успешна комуникација на лекарот, пациентите и заедницата. Дури кога ќе зачекориме по островот станува јасно дека тој е создаден на цврсти морал и етички правила.

Планирање на човечките ресурси

Човечките ресурси имаат суштинско место во секој здравствен систем. Витален елемент на здравственото планирање се обука на кадри и изградба на објекти, економска поддршка на системот, негов менаџмент и стратегија, методи на исплата на здравствените работници и организацијата на услугите.



Регулативата за здравствениот кадар е значајна владина обврска и подразбира лиценцирање и професионална дисциплина на кадарот. Мерките за контрола или ограничување на бројот здравствени работници, заедно со стимулативните методи за поттикнување поефикасна здравствена заштита се важни елементи во рационализирање на здравствените системи.

Фундаментален елемент во процесот на одредување на потребите од здравствен кадар е сознанието за актуелната состојба со кадарот. За ова се неопходни системи на податоци, засновани на периодична регистрација или попис на лицата во здравствениот сектор. Секоја промена на статусот на здравствениот работник (пензонирање, смрт, преселување, напуштање на професијата итн.) треба да се заведе во регистрите на активни медицински лица. Прецизната и реална слика на актуелната кадровска состојба нуди информации за специјалноста, географската дистрибуција, возраста, полот и работните активности. Човечките ресурси треба да се усогласат со целите и ресурсите на државата. Понекогаш е потребно и активирање на алтернативни извори за обезбедување доволен број здравствени работници заради задоволување на здравствените потреби и цели.

Понуда и побарувачка

Општоприфатена форма на квантитативно планирање на здравствениот кадар е по принципите на пазарна економија, врз основа на потребите на образовните институции и побарувачката на здравствени работници на пазарот. Побарувачката за обука на лекари може да биде голема, а училиштата да имаат интерес да едуцираат поголем број кадри од финансиски причини или заради престиж. Ако за ова не постои регулатива, ваквиот пристап ги занемарува потребите и капацитетот на државата да ги апсорбира продуцираните кадри, што ќе доведе до

отварање вишок медицински училишта во кои ќе се продуцираат прекумерно многу здравствени работници.

Во 50-тите и 60-тите години од 20-от век, здравствените планери во многу земји сметаа дека обезбедувањето универзална здравствена заштита ќе ги реши најголемиот број проблеми во здравството, а дека за остварување на овој сон потребни се поголем број здравствени работници. Се претпоставуваше дека понудата и побарувачката ќе ги насочат дипломираните лекари во недоволно покриените региони или специјалистички гранки. Сепак, зголемувањето на дипломираниот здравствен кадар беше голем издток за општеството и резултираше во зголемена понуда во урбаните центри; ова го фаворизираше користењето здравствени услуги и субспецијализација на кадри.

Се очекуваше дека зголемената понуда на лекари ќе придонесе за подобрен пристап до здравствената заштита и ќе предизвика насочување на кадрите кон помалку популарните медицински гранки, на пр. примарна заштита, односно помалку покриените географски региони. Од 80-тите години овој пристап се помалку е застапен дури и во пазарните економии, бидејќи ги зголемува здравствените трошоци, но не успева да се излезе на крај со проблемот на здравствено недоволно покриените региони.

Отварањето и работата на медицинските и другите здравствени училишта претставува голем трошок за здравствениот систем; овој трошок уште повеќе се зголемува во случај кога здравствените училишта произведуваат поголем број кадри од потребниот.

Планирањето на здравствениот персонал се врши врз основа на:

1. Актуелни и проектирани демографски промени, на пр. природен прираст или стареење на населението;
2. Актуелна и проектирана понуда на здравствени работници и нивна географска распределба по специјалност;
3. Технолошки промени за кои се потребни нови професии/кадри;
4. Ефекти на емиграција/имиграција на здравствените кадри;

5. Трошоци/придобивки од зголемување на здравствениот персонал во однос на мерките за превенција и унапредување на здравјето;
6. Промена на епидемиолошките трендови, како на пример намалување на потребите од стоматолошка заштита заради флуорирање на водата за пиење, стареење на населението и зголемена појава на хронични заболувања;
7. Трансформација на здравствените системи од институционално кон амбулантско лекување и превентивна заштита;
8. Трансфер на задачите од повисоки кон пониски кадровски нивоа, специјално подготвени за потребните здравствени услуги; зголемен спектар здравствени работници, како на пр. оптометри, психолози, социјални работници, акушерки, стоматолошки сестри, дипломирани болничари и локални здравствени работници.

Покрај квантитативното, неопходно е и квалитативно планирање. Квалитетот на програмите за додипломско и постдипломско образование, акредитацијата, процедурите за лиценцирање и постоечките мерки за квалитет се важни елементи за квалитет на националните здравствени системи.

Користена литература:

1. Вовед во медицината, Проф.д-р Дончо Донеv, Скопје, 2006
2. Новото јавно здравство, Теодор Х.Тулчински, Елена А.Варавикова, НИП “Студентски збор”, Скопје, 2003
3. Uvod u medicine sa medicinskom etikom I istorijom medicine, Dr. Branslava Lazarevic-Jovanovic. Nis, 1998
4. Centers for Disease Control, Improvements in workplace safety
5. American Academy of nurse practitioners (AANP), <http://www.aanp.org>
6. American Medical Association (AMA), <http://www.ama.org>
7. World Health Organization, Division of Child Health and Development
<http://www.who.org/int/chd>
8. World Health Organization, Division of Women’s Health and Development
<http://www.who.org>
9. World Health Organization, Family Planning and Population
<http://www.who.org/rht/fpp>
10. World Health Organization, Mental Health Program <http://www.who.org/msa>